



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

ROL DE LA ENFERMERA FRENTE A LA DEMANDA INSATISFECHA POR
LOS SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD, EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCION EN LA REGION METROPOLITANA

POR
NELLY QUIROS MUÑOZ

TRABAJO DE GRADUACION, PRESENTADO PARA OPTAR POR EL GRADO
DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA, CON ESPECIALIZACION EN
ADMINISTRACION Y ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Panamá, República de Panamá

1990

TABLA DE CONTENIDO

	<u>PAGINA</u>
PAGINA DE APROBACION.....	i
DEDICATORIA.....	ii
TESTIMONIO DE GRATITUD.....	iii
INDICE DE CUADROS.....	iv
INDICE DE GRAFICAS.....	v
INDICE DE FIGURAS.....	vi
INTRODUCCION.....	1
MARCO CONCEPTUAL.....	5
1.- Enunciado del problema.....	6
2.- Justificación.....	6
3.- Objetivos.....	15
3.1 Objetivo General.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4.- Glosario de Términos Conceptuales y Operacionales.....	16
5.- Metodología.....	25
5.1 Diseño de la Investigación.....	25
5.2 Técnicas de Tabulación y Análisis de Datos.....	27
MARCO TEORICO.....	29
CAPITULO I.- ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMA Y EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD....	31

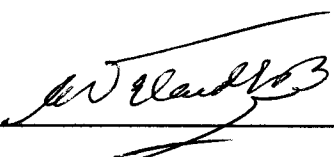
	<u>PAGINA</u>
A.- Sector Salud.....	32
A.1 Sub-Sector Salud.....	35
B.- Servicios de Salud Pública del Primer Nivel de Atención, en la Región Metropolitana.....	44
B.1 Desarrollo y Organización de los Servicios.....	49
B.2 Descripción de los Servicios de Salud.....	64
C.- Servicios de Enfermería en Salud Pública en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana.....	75
C.1 Desarrollo y Organización.....	75
C.2 Descripción de los Servicios de Enfermería en el Primer Nivel de Atención.....	86
C.2.1 Capacidad.....	89
C.2.2 Funciones Asignadas.....	102
C.2.3 Desempeño de las funciones.	122
CAPITULO II.- DEMANDA Y OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA REGION METROPOLITANA.....	124
A.- Demanda de Servicios de Salud Pública en el Primer Nivel de Atención.....	135
A.1 Origen y Evolución de la Demanda de Salud.....	135
A.2 Características y Factores de la Demanda.....	148
B.- Oferta de los Servicios de Salud Pública, en el Primer Ni-	

PAGINA

vel de Atención en la Región Metropolitana.....	159
B.1 Análisis Descriptivo y Evolutivo de la Oferta..	160
B.2 Instrumentación y Capa- cidad de la Oferta Ac- tual.....	170
B.2.1 Capacidad Física instalada.....	170
B.2.2 Recursos Humanos.	180
 CAPITULO III.- PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRE- TACION DE LOS DATOS Y SU RELACION CON EL MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO.	 211
1.- Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos.....	213
2.- Conclusiones.....	252
3.- Recomendaciones.....	267
4.- Bibliografía.....	288
5.- Anexos.....	292
5.1 Anexo # 1: Recomendaciones hechas a Enfermería, en la Reunión de la OMS realizada en Noviembre de 1981.	293
5.2 Anexo # 2: Consideraciones Genera- les sobre Enfermería y la Atención Primaria.....	296
5.3 Anexo # 3: Instrumento de Investi- gación.....	299

HOJA DE APROBACION

ASESOR DE TESIS:



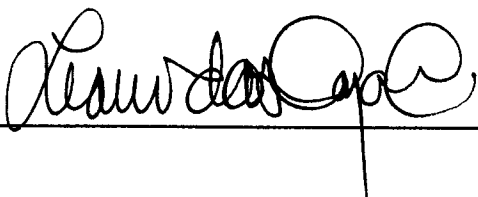
MIEMBRO DEL JURADO:

Angela Rodríguez

MIEMBRO DEL JURADO:



REPRESENTANTE DE LA
VICERECTORIA DE IN-
VESTIGACION Y POST-
GRADO:



FECHA:

30-VIII-1990

DEDICATORIA

Con todo cariño y amor a mis hijos,
fuentes inagotables de estímulos y
apoyo para el logro de mis metas
tanto personales como profesionales.

A un ser que en silencio, con amor
y dedicación, contribuyó a enrique-
cer este trabajo...

A mis otros seres queridos, quienes
inspiran cada momento de superación
en mi vida.

TESTIMONIO DE GRATITUD

Al concluir este trabajo de graduación, deseo manifestar mi más profundo reconocimiento, a quienes de una forma u otra contribuyeron a materializar el mismo. Por ello agradezco:

- En primera instancia a Dios y a la Santísima Virgen, por la vida, salud y capacidad que me han permitido, cuando hay quienes viven privados de esta gran fortuna.
- Al Doctor Abdiel Velarde B., por su valiosa asesoría en la ejecución de este trabajo.
- A mis hijos y padres, quienes con amor comprendieron que cualquier sacrificio era necesario para llevar a feliz término éste.
- Al artista en dibujo gráfico, quien dió lo mejor de sí, para que la presentación gráfica del mismo, fuese de gran calidad.
- A los compañeros de la Región Metropolitana, quienes colaboraron con bibliografías y datos estadísticos, para enriquecer cada uno de los capítulos presentados.
- Al estadígrafo, quien con su equipo hizo posible la tabulación y presentación de todo el documento.

- A las secretarias, que con esmero pasaron a máquina cada borrador que surgía de una revisión.
- A mi jefe inmediato, que permitió planificar el tiempo necesario para finalizar este estudio de investigación.
- A todos aquellos que por alguna razón u otra escapan de la memoria y que ofrecieron su valioso aporte, ya que ningún libro de texto es obra de un solo autor, ni se escribe aislado de los demás.

INDICE DE CUADROS

		<u>PAGINA</u>
CUADRO # 1:	Distribución porcentual de las Enfermeras según Especialidad y Area de Asignación en la Región Metropolitana de Salud,.....	100
CUADRO # 2:	Incremento en la Oferta del Recurso Humano en la Región Metropolitana de Salud, entre 1971 y 1988..	166
CUADRO # 3:	Distribución de la Capacidad Física Instalada según Servicios de Atención en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988.....	175
CUADRO # 4:	Distribución de la Capacidad Física Instalada según Tipo de Atención, en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988.....	176
CUADRO # 5:	Instrumentación y Capacidad de la Oferta del Recurso Médico Odontológico Nuclear, dedicado a la Atención directa de Salud en la Región Metropolitana, Año 1988.....	190
CUADRO # 6:	Instrumentación y Capacidad del Recurso Humano Nuclear, dedicado a los Servicios Intermedios de Atención de Salud en la Región Metropolitana, Año 1988.....	195
CUADRO # 7:	Instrumentación y Capacidad de la Oferta del Recurso Humano Enfermería, dedicado a los Servicios Intermedios de Atención de Salud, en la Región Metropolitana, Año 1988...	202
CUADRO # 8:	Instrumentación y Capacidad de la Oferta del Recurso Humano Enfermería en el Programa Infantil, en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988.....	203

PAGINA

CUADRO # 9:	Instrumentación y Capacidad de la Oferta del Recurso Humano Enfermera en el Programa de Gineco-Osbtetricia, en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988..	204
CUADRO # 10:	Instrumentación y Capacidad de la Oferta del Recurso Humano Enfermera en el Programa de Adultos, en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988.....	205
CUADRO # 11:	Instrumentación y Rendimiento del Recurso Humano Enfermera, según Programa de Atención en los establecimientos de Salud de la Región Metropolitana, Año 1988.....	207
CUADRO # 12:	Distribución de la Oferta del Recurso Humano Administrativo, según cargo en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988.....	208
CUADRO # 13:	Distribución del Universo Sujeto al Estudio, de acuerdo al Centro de Salud donde laboran.....	214
CUADRO # 14:	Distribución porcentual, según edad de las Enfermeras y Administrativos Encuestados en Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año 1988...	216
CUADRO # 15:	Distribución del Universo Sujeto al Estudio, según años de Servicio Profesional, Tiempo en la Región Metropolitana, en el Centro de Salud y en el Programa a su cargo, 1988.....	218
CUADRO # 16:	Distribución Porcentual de las Enfermeras que laboran en Centros de Salud de la Región Metropolitana, según Puesto que desempeñan y Programas a su cargo, 1988.....	220

PAGINA

CUADRO # 17:	Distribución porcentual de los Administrativos que distribuyen cupos en Centros de Salud de la Región Metropolitana, según Puestos que desempeñan y Programas a su cargo.....	222
CUADRO # 18:	Distribución porcentual de Horarios de Distribución de Cupos vs Horarios de Atención, en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, 1988.....	224
CUADRO # 19:	Distribución porcentual de los Servicios Finales de Atención según Número de días de Oferta Semanal, en la Región Metropolitana, Año 1988.....	226
CUADRO # 20:	Distribución porcentual de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, según número de días de Oferta Semanal, en la Región Metropolitana, 1988.....	228

INDICE DE GRAFICAS

PAGINA

GRAFICAS # 1 y # 2:

Distribución de las Enfermeras en la República de Panamá, según tipo de establecimiento de salud donde laboran, Años: 1986 y 1988..... 92

GRAFICA # 3:

Distribución de las Enfermeras que laboran en los Centros de Salud y Policlínicas del país VS las que laboran en la Región Metropolitana de Salud..... 94

GRAFICA # 4:

Evolución de Recursos Humanos del Servicio de Enfermería en la Región Metropolitana de Salud, según Quinquenio 1973-1987..... 96

GRAFICA # 5:

Distribución de las Enfermeras del Primer Nivel de Atención en Salud Pública, según Nivel de Asignación en la Región Metropolitana, 1988..... 98

GRAFICA # 6:

Distribución de la población según sexo en la República de Panamá y en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988..... 141

GRAFICA # 7:

Pirámide de población, según sexo y edad en la Región Metropolitana, Año 1988..... 142

GRAFICA # 8:

Distribución porcentual de las Consultas Atendidas, según Tipo de Profesional de Salud en la Región Metropolitana, Año 1988..... 145

GRAFICA # 9:

Distribución Porcentual de las Consultas atendidas, según Programa o Servicio, en la Región Metropolitana de Salud, Año 1988..... 145

GRAFICA # 10:	
Distribución de la Oferta del Recurso Humano en la Región Metropolitana, según tipo de profesional, Año: 1988.....	182
GRAFICA # 11:	
Distribución Porcentual de los Servicios con mayor demanda de atención en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año: 1988.....	230
GRAFICA # 12:	
Distribución porcentual de los Servicios donde con mayor frecuencia se quedan los pacientes sin cupos, en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año: 1988.....	232
GRAFICA # 13:	
Distribución porcentual de tres razones importantes por las que se quedan sin atender pacientes en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año: 1988.....	234
GRAFICA # 14:	
Relación entre las variables: Frecuencia con que se quedan los pacientes sin cupo y número de pacientes devueltos de ventanilla en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año: 1988.....	236
GRAFICA # 15:	
Relación entre las variables: Función de Filtro y quien lo realiza en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año 1988.....	238
GRAFICA # 16:	
Opciones del paciente que no logra Cupo de Atención en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año: 1988.....	240

GRAFICA # 17:	
Acciones de mayor importancia realizadas por las Enfermeras con el paciente que no logra cupo de atención en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año: 1988.....	242
GRAFICA # 18:	
Acciones Administrativas de Organización de Servicios realizadas por la Enfermera, para evitar que el paciente se quede sin cupo en Centros de Salud de la Región Metropolitana Año 1988.....	244
GRAFICA # 19:	
Otras acciones que podrían realizar las Enfermeras para evitar rechazo de pacientes en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año 1988.....	246
GRAFICA # 20:	
Relación entre las variables, satisfacción del paciente por la atención y estudios de Investigación realizados sobre Demanda en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, Año: 1988.....	248
GRAFICA # 21:	
Porcentaje de Enfermeras que consideran que están asumiendo el Rol para el cual están preparadas, en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana, Año 1988.....	250

INDICE DE FIGURAS Y MAPAS

	<u>PAGINA</u>
FIGURA # 1: Clasificación Sectorial.....	33
FIGURA # 2: Organización del Sector Salud.....	36
FIGURA # 3: Fuentes de Financiamiento del Sub-Sector de Atención de Salud.....	45
FIGURA # 4: Organigrama Funcional del Departamento de Salud Pública, 1961-1970.....	48
FIGURA # 5: Región Oriental, 1963-1970.....	53
FIGURA # 6: Articulación funcional de la Red de Servi- cios de la Región Metropolitana, de acuer- do al Nivel de Complejidad.....	65
FIGURA # 7: Organigrama funcional de la Región Metro- politana, 1987.....	67
FIGURA # 8: Organigrama de Enfermería.....	81
FIGURA # 9: Origen y Tipología de la Demanda.....	140

	<u>PAGINA</u>
FIGURA # 10: Demanda de Servicios de Atención de Salud (Oferta de Salud).....	150
FIGURA # 11: Tipos de Demanda en Salud.....	156
MAPA # 1: Servicios Médicos, año: 1960.....	47
MAPA # 2: Región Oriental y sus áreas Médico- Sanitarias, 1963-1970.....	50
MAPA # 3: Región Oriental, Servicios Médicos, año: 1960.....	51
MAPA # 4: Región Metropolitana, año: 1988.....	63

INTRODUCCION

Los avances científicos y tecnológicos invaden la sociedad, siendo el sector salud probablemente, uno de los más favorecidos con estos aportes de la ciencia, los cuales han contribuido sin lugar a dudas, al mejoramiento de los indicadores de salud de la población.

La enfermería y con ella la enfermera, en su evolución ha experimentado cambios constantes que le han permitido ampliar y re-estructurar el sistema de servicios de salud de enfermería, en la búsqueda permanente de mayores niveles de eficiencia, eficacia y equidad, tendientes al logro de la meta objetivo para el año 2000.

Considerando que en Panamá, el recurso humano enfermería, es el más numeroso en la prestación de atención de salud y que debe servir cada vez mas para alimentar y retroalimentar las decisiones relativas al desarrollo del sistema de servicios de salud como un todo y en sus diversos niveles, en 1984 se redefinió el perfil básico de este recurso, con la finalidad de maximizar su contribución en el proceso salud-enfermedad.

La enfermera por su preparación básica, es capaz de de-

sempeñar todas las funciones asignadas en cualquier nivel del sistema de salud, según los programas en desarrollo y en base a normas y procedimientos institucionales. Para asumir funciones en áreas especializadas, debe perfeccionar y profundizar sus conocimientos con cursos y programas de especialización.

Estas consideraciones, junto al interés por la investigación, motivaron el desarrollo del presente trabajo, destinado a conocer **"El rol de la enfermera frente a la demanda insatisfecha por los Servicios de Atención de Salud, en la Región Metropolitana"**.

El mismo ha requerido por su naturaleza, el inicio dentro de un marco de referencia que incluye el análisis de la evolución conceptual, en donde se plantean, la justificación, objetivos, glosario de términos y la metodología.

Permite apreciar en primer plano, la descripción de la macroestructura organizativa del sector salud en Panamá y dentro de ella, aparecen inmersos los Servicios de Salud Pública en el primer nivel de atención en la Región Metropolitana. Igualmente, nos lleva al conocimiento de los roles actuales que desempeña la enfermera en este nivel de atención y

cuyo análisis macro, nos facilita precisar aspectos relacionados con la evolución, capacidad, asignación de funciones y desempeño de las mismas, destacando limitantes y perspectivas para el crecimiento y desarrollo de éstas.

La segunda parte de la investigación, hace referencia a la demanda de servicios de salud pública en el primer nivel de atención y a la instrumentación y capacidad de la oferta en la Región Metropolitana.

El tercer capítulo por su parte, recoge información sobre el instrumento utilizado, el cual consta de 40 preguntas, aplicadas a una población de 124 funcionarios entre enfermeras y administrativos encargados de otorgar cupos de atención. Los rasgos mas sobresalientes en este estudio, permiten analizar aspectos de la demanda y oferta de servicios de salud, al igual que el desempeño de las funciones de la enfermera en salud comunitaria en el primer nivel de atención, determinándose así, la situación actual del rol de la enfermera ante la demanda insatisfecha por los servicios de atención de salud.

Finalmente, abordamos una serie de conclusiones y recomendaciones, que conceptuamos serán de gran utilidad para las autoridades correspondientes, en la intención de profundizar

y mejorar las acciones o servicios de enfermería en el primer nivel de atención en la Región Metropolitana.

MARCO CONCEPTUAL

1.- Enunciado del Problema

Rol de la enfermera, frente a la demanda insatisfecha por los servicios de atención de salud, en el primer nivel de atención en la Región Metropolitana.

2.- Justificación del Estudio

En la actualidad y en el transcurso del último decenio, ha quedado de manifiesto la creciente necesidad de readecuar y fortalecer algunos aspectos básicos de los servicios de salud en la República de Panamá, tales como: su estructura organizativa, funcional y operativa, la capacidad de resolución de su actual infraestructura física y lo más trascendente, la disponibilidad y optimización de los recursos asignados, principalmente sus recursos humanos, por ser los más valiosos e imprescindibles para lograr la Atención de Salud. En este sentido se destaca el Recurso-Humano-Enfermera, cuyo rol primordial basado en la aplicación de un amplio margen de técnicas y conocimientos científicos, orientados a los aspectos preventivos de la enfermedad, la rehabilitación, el fomento y la conservación de la salud, le permiten responder y actuar conductualmente ante los avances ge-

neradores del cambio en la actual problemática de salud, con el propósito de que estos servicios sean accesibles oportunamente a la población, manteniendo siempre un sentido de equidad, eficacia y eficiencia tanto económica como administrativa y social.

En años recientes, debido a una gama heterogénea de factores sociales, económicos, ambientales, políticos y culturales, la población en la mayoría de los países está expresando cada vez, mayores exigencias de atención a sus problemas de salud, lo que ha creado una situación de desequilibrio entre la demanda social de esos servicios de salud y la capacidad de los recursos existentes disponibles para producir la oferta requerida por éstos.

Dicha situación está acompañada consecuentemente de un marcado sentido de insatisfacción en la población, dada su demanda de servicios no atendida por el Sistema de Salud, el cual formalmente tiene la responsabilidad de asegurarle una cobertura de servicios oportuna y adecuada, procurando ofrecer mejores y mayores perspectivas de accesibilidad a los mismos.

De la misma forma, el desequilibrio enunciado entre de-

manda-oferta, se refleja en iguales proporciones, en los servicios de salud pública ofrecidos por el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana de Salud, de acuerdo a los resultados del análisis de la situación, realizados a través de diversas fuentes institucionales entre las que se citan por un lado, el **"Estudio de la Red Nacional de Servicios de Salud"**, año 1985 y por otro los indicadores Bio-sociales y de Salud, referentes al espacio-población concentrados en esta región geográfica, su perfil epidemiológico y los resultados estadísticos contenidos en los registros e informes periódicos y anuales.

El análisis entre demanda y oferta, está complementado además, por los resultados de los informes de Rendimiento y Productividad del Recurso Humano Nuclear, demostrándose no sólo situaciones susceptibles de mejoramiento mediante proposiciones específicas de cambio, sino también la existencia de niveles de ineficiencia, producto de múltiples factores, entre los cuales figura la sub-utilización de algunos recursos humanos. Entre éstos, el recurso Humano-Enfermera específicamente, que de acuerdo a la posibilidad de alcance y aplicación integral de su rol como agente prestadora de servicios, administradora,

educadora, coordinadora, facilitadora, supervisora e investigadora, no ha logrado optimizar sus funciones.

Este amplio radio de acción, otorga a la enfermera autoridad y responsabilidad como ente medular para el desarrollo y producción de acciones de salud, que permiten minimizar la demanda insatisfecha de la población en cuanto a servicios básicos, los que al no ser adecuadamente resueltos, representan riesgos para algunos grupos de población y niveles de postergación para otros.

Sin embargo, se observa que en los servicios del Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana, el Recurso-Humano-Enfermera, presenta algún grado de ineficiencia en el desarrollo de su rol, de acuerdo al rendimiento logrado, tal vez como un efecto de la sub-utilización de su capacidad de resolución. Sirven de elementos para respaldar esta situación, los resultados obtenidos al asociar variables de horas-disponibles/producción, con los índices de rendimiento-enfermera durante los años de 1984 y 1988.

Para ejemplarizar lo expresado respecto a la Región Metropolitana de Salud, luego de analizar las variables

citadas, podemos destacar lo siguiente:

a) Que las horas disponibles de enfermería para 1984, fueron 116,200, distribuídas de acuerdo a los siguientes indicadores:

- Horas de atención o de consulta al año: 58,100, que representan el 50%.
- Horas de visitas domiciliarias: 43,575, que representan el 37.5%.
- Horas de administración al año: 14,525, que representan el 12.5%.

Esta distribución del tiempo de la enfermera de acuerdo a los indicadores enunciados, debió representar para este año la siguiente producción:

- Atención o Consultas a realizarse = 290,500
- Visitas domiciliarias a realizarse = 130,275
- Horas de administración a realizarse= 14,525

De esta producción esperada, sólo se lograron:

- **En Atención:** 174,275 consultas que representan de acuerdo a las horas disponibles, entre 0.4 a 3 consultas por hora, siendo el parámetro esperado de 5 consultas/horas enfermera.
- **En Visitas Domiciliares:** 42,312 visitas, que representan de acuerdo a las horas disponibles , de 0.2 a 1 visita por hora, siendo el parámetro de 3 visitas/hora enfermera.
- **En Administración:** la información no aparece tabulada, por lo que asumimos que las 14,525 horas programadas se ejecutaron.

De acuerdo a estos datos para 1984, a enfermería le quedaron 1,272 horas disponibles, que pudo haber utilizado en otras actividades, ya que la enfermera es **polifacética**.

Con la finalidad de comparar los datos de 1984, analizamos 1988 y observamos que existían:

114,540 horas enfermera disponibles, de las cuales **42,952** que representan el 37.5% de su tiempo estaban destinadas a consulta o atención directa

Dedicadas a visitas domiciliarias 52,270 que representan el 45.6% y a administración 19,318 horas, representando el 16.9% del tiempo laborable.

De acuerdo a esta distribución de horas disponibles enfermera para 1988, se esperaba la siguiente producción:

- 214,760 Consultas
- 156,810 Visitas Domiciliarias

Pero sólo se realizaron 93,486 consultas por enfermeras, de las cuales 89,824 fueron controles de salud y 3,662 consultas por morbilidad.

Al asociar las variables horas disponibles versus producción, observamos que durante este año, el rendimiento de la enfermera fluctúa entre 0,5 a 2,2 consultas por hora. En visitas domiciliarias, se observó el mismo rendimiento que para 1984, de 0.2 a 1 visita por hora enfermera, ya que sólo se realizaron 11,219 visitas por este recurso humano. Debieron utilizarse en administración 19,318 horas.

De acuerdo a la producción y rendimiento de la enfermera durante 1988, observamos que se utilizaron del total de 114,540 horas disponibles sólo 41,755 horas en consulta, visitas domiciliarias y administración, las que representan el 36.5%, quedándole 72,785 horas disponibles, o sea el 63.5% del tiempo, para otras actividades. Hasta 1988 según normas establecidas, la enfermera debía realizar 5 consultas por hora, 3 visitas domiciliarias por hora y utilizar 1 hora diaria en administración.

Esta producción versus rendimiento de la enfermera, de acuerdo a horas disponibles en esta región, permite observar niveles de sub-utilización de este recurso humano y por ende del rol que le compete, lo cual asociado a otros factores y limitantes de la eficiencia en el resto del equipo de salud, así como también a las restricciones económicas y financieras imperantes, hacen que la oferta de servicios de salud brindados por el conjunto de los veintidós establecimientos de atención del primer nivel en la Región Metropolitana, se torne ineficiente ante

la demanda expresada institucionalmente por la población, creando así un volumen significativo de demanda insatisfecha o no atendida, que se constituye en un problema de salud al generar grupos y factores de riesgo en la población de esta región geográfica.

Es preocupante observar el despilfarro de horas laborables disponibles, cuando la enfermera tiene a su haber, un sin número de funciones que tal vez no ha logrado ejecutar por múltiples limitantes, a las que deben buscárseles correctivos.

En función de la situación hasta aquí enunciada, es nuestra voluntad y esperanza, de que el presente trabajo logre la aportación de alternativas y propuestas de cambio, que junto a otras coadyuven al mejoramiento y readecuación de aquellos aspectos que amerite el primer nivel de atención en la Región Metropolitana de Salud, a fin de contribuir a reducir la brecha existente entre la población y su demanda atendida y aquella pendiente de satisfacción a sus problemas de

salud, mediante la optimización del rol de la enfermera en Salud Pública.

3.- OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Identificar el rol que desempeña la enfermera en el primer nivel de atención en Salud Pública en la Región Metropolitana, ante la demanda insatisfecha por los servicios demandados.

3.2 Objetivos Específicos:

- A.- Determinar la existencia de demanda de atención insatisfecha por los servicios de salud, en el primer nivel de atención en la Región Metropolitana.
- B.- Identificar los tipos de expresión de demanda de atención insatisfecha por los servicios de salud, en el primer nivel de atención en esta Región.
- C.- Identificar los roles que desempeña la enferer

mera de salud pública en el primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana y su participación frente a la población demandante de atención e insatisfecha por los Servicios de Salud.

D.- Recomendar alternativas de cambio, que viabilicen un mejoramiento en el desempeño del rol de la enfermera de Salud Pública en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana.

4.- GLOSARIO DE TERMINOS CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

ATENCION: Se define como cuidado y observación.

En Salud se refiere al conjunto de acciones y servicios que se ofrecen al individuo, la familia y la comunidad, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

DEMANDA: En economía se define como la cantidad de un bien o servicio que los consumidores desean y pueden comprar a un precio dado en un período dado. En salud, la demanda espontánea o expresada, es la búsqueda de solución a una necesidad consciente a través de la prestación de los servicios de salud requeridos.

DEMANDA NO SATISFECHA: En salud hablamos de la demanda insatisfecha, cuando las necesidades individuales o sociales de servicios de salud, exigidas por un conjunto de personas relacionadas por ciertas características, no siempre reciben atención satisfactoria en su totalidad.

ENFERMERA: Es la persona que ha completado un programa de educación básica y está calificada y autorizada para ejercer la profesión de enfermería en su país. Ejecuta acciones aplicando los principios de las ciencias biológicas, sociales, físicas, médicas y de enfermería como ciencia, a la vez que utiliza las artes en su relación con el paciente para la promoción y la conservación de la salud del individuo, familia y comunidad, a la vez que participa en la prevención y rehabilitación de la enfermedad.

ENFERMERIA EN PANAMA: La revisión de la definición funcional de Enfermería en 1969, permitió que enfermeras representativas de todo el país, en el "Taller sobre Tendencias en la Prestación de servicios y responsabilidades de Enfermería frente a estas", el 26 de Enero de 1979, prepararan la siguiente definición que fue revi-

sada y aprobada por el Comité Nacional de Enfermería, el 24 de Abril de 1979.

"Enfermería es una profesión dinámica que se caracteriza por realizar acciones que contribuyen a lograr niveles óptimos de salud, mediante la prestación de servicios para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Independientemente y/o en coordinación con otras disciplinas y con participación de miembros de la comunidad, provee una función esencial de apoyo y ayuda, que en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo requieren el individuo, familias y comunidad. Ejecuta sus acciones básicas y especializadas, en las áreas funcionales de atención, administración, educación e investigación. Es ejercida por enfermeras, auxiliares de enfermería y otro personal autorizado".

NIVEL: Expresión de grado y altura que alcanzan ciertos aspectos de la vida social, económica, política y cultural. Valorización cuantitativa y objetiva de la manera de vivir media de una nación o de un grupo social. Permite conocer el grado de evolución intelectual de un individuo.

NIVEL DE ATENCION DE SALUD: Se define de acuerdo a las tecnologías apropiadas que lo constituyen en cuanto a eficacia, viabilidad y eficiencia o costo social, para la solución de conjuntos específicos de problemas de salud con diferente complejidad.

PRIMER NIVEL DE ATENCION: Es el conjunto de servicios de salud proporcionados por un equipo de personas en instalaciones de cierto grado de capacidad de resolución, para la atención de las necesidades básicas de salud de la población. Se considera el Centro de Salud, como el establecimiento que tiene esa capacidad de resolución para atender necesidades de vacunación, control materno-infantil, nutrición, saneamiento, salud bucal y control de vectores, apoyado éste por establecimientos apéndice perisféricos, como son los Puestos de Salud y los Subcentros de Salud.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION: Es el nivel que atiende la demanda de pacientes referidos del Primer Nivel de Atención, además de los que acceden espontáneamente y para lo cual en su capacidad de resolución, brinda servicios de consulta externa (medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría y hospitalización

Este segundo nivel de atención, mantiene recursos humanos, equipos, e instalaciones físicas de un mayor grado de capacidad de resolución a los problemas de salud, en comparación al Primer Nivel de Atención, sin llegar a una alta tecnología y sirve de acceso a la consulta y la hospitalización especializada de referencia.

TERCER NIVEL DE ATENCION: Es el que cumple con actividades de atención médica especializada, para resolver problemas que requieren alto grado de instrumentación; se ocupa de necesidades de salud poco frecuentes y complicadas, sirve a grupos de población muy grandes con un ámbito inter-regional o nacional y cumple con funciones de diagnóstico y tratamiento con personal altamente especializado. Los pacientes son referidos a este nivel, desde el Segundo Nivel de Atención o excepcionalmente del Primer Nivel de Atención, cuando la región local no dispone de un Segundo Nivel de Atención, debidamente instrumentado.

POBLACION: Es el establecimiento de hombres, animales o vegetales en un lugar, ciudad, caserío o localidad geográfica. Para los efectos de salud, es importante la identificación y ubicación de los grupos humanos, su

condición de vida y grado de postergación que permita establecer factores de riesgo condicionantes de sus problemas de salud.

SALUD: Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. La salud está representada por la eficiencia del funcionamiento biológico, físico y mental del individuo en relación con el ambiente que lo rodea.

El ser humano responde a las influencias del ambiente como un ente integrado; así, en estado de salud óptimo, un individuo no sólo cuenta con su capacidad vital física e intelectual, sino también la resistencia necesaria para hacerle frente a los riesgos del medio ambiente, con una vida de relación y adaptación adecuada al medio social.

La Organización Mundial de la Salud, la define como: "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad".

SALUD PUBLICA: Es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la incapacidad; prolongar la vida y fomentar la salud física, mental y la eficiencia, mediante esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y el desarrollo de la infraestructura social que asegure a cada individuo en la comunidad, un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud.

SERVICIOS: Acción y efecto de servir, utilidad que presta un bien, organización y personal destinado a satisfacer necesidades públicas. Hacer algo en favor de otra persona.

SERVICIOS DE SALUD: Aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad.

Estos servicios de salud se clasifican en Servicios de Atención Médica, de Saneamiento del Medio y de Organización y Educación de la Comunidad y son ofrecidos a la población mediante redes constituidas por un mosaico de unidades productoras de acciones de salud, cuya capacidad de resolución, costos de operación y grados de organización, así como también su normatización, programación, control y ubicación responden a diversos criterios técnicos de salud pública.

REGION: Se denomina así, a una gran extensión geográfica, definida socio-políticamente y determinada por características étnicas, lingüísticas y administrativas.

En salud, la región es el organismo directivo de organización, asesoría, supervisión, control y evaluación de los servicios de salud que ésta integra. Su responsabilidad técnica, es la de estudiar, aprobar, integrar y formular los programas de los servicios de su jurisdicción y consolidar los anteproyectos a Nivel Regional para su ulterior revisión y compatibilización a Nivel Central.

REGION METROPOLITANA: Es una de las (12) Regiones de Salud del país, ubicada geográficamente en la Provincia de Panamá y constituida por 11 Distritos y 23 Corregimientos, asentados en una extensión geográfica de 2,152.6 Km², donde conviven alrededor de 824,168 Habitantes. Esta área geográfica sanitaria, tiene una estructura descentralizada del Ministerio de Salud, que le confiere un nivel de responsabilidad para dirigir, normar, integrar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de salud que producen los establecimientos de salud correspondiente a su jurisdicción, actuando como unidades técnicas normativas y administrativas.

La Región Metropolitana de Salud, mantiene una infraestructura física, conformada por treinta y un unidades o servicios de atención del primer nivel en salud pública, de las cuales, veintidos son centros de salud, un puesto de salud y ocho clínicas de salud, ubicadas en diferentes instituciones. También dentro de esta área geográfica, se encuentran ocho policlínicas de la Caja del Seguro Social y cinco Hospitales Nacionales de segundo y tercer nivel de atención.

ROL: Se denomina así, al papel que desempeña una persona, al nombramiento o a la posición de ésta. Hace referencia especialmente, a cierta caracterización o papel que identifica al individuo en determinadas circunstancias.

ROL DE LA ENFERMERA: Es ejercer la enfermería, que como profesión exige de ella juicio independiente, competencia y habilidad en la toma de decisiones. Por lo tanto, el aprendizaje de su rol requiere conocimientos, actividades y destrezas, que le permiten responder conductualmente a los progresos científicos y tecnológicos que generan cambios en el manejo de los problemas de salud.

5.- METODOLOGIA

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Para desarrollar el estudio, se escogió como ámbito de selección de la muestra, a los veintidos Centros de Salud de la Región Metropolitana durante el año de 1988.

La muestra o grupo objetivo seleccionado, estuvo constituida por todas las enfermeras en servicio

al momento de aplicar la encuesta, las cuales representaron el 82.6% del total de las enfermeras destinadas al servicio de enfermería en los diferentes Centros de Salud de la Región Metropolitana, durante este año; pero de éstas, sólo el 73.9% respondió la misma, el 8.7% no la contestó y el 17.4% restante del total de la muestra a encuestar, correspondió a enfermeras que estaban de vacaciones o licencias.

La otra parte de la muestra sujeta al estudio, estuvo constituida por los funcionarios encargados de distribuir los cupos de atención en los Centros de Salud, de los cuales, respondieron la encuesta el 92.4%, el 7.6% restante no contestó.

En total, el universo sujeto al estudio fue de 124 funcionarios, de los cuales el 90.3% respondió el cuestionario utilizado para recabar la información.

El método utilizado en la investigación, es el descriptivo y el instrumento de obtención de datos fué un formulario de encuesta entregado a

cada uno de los sujetos objetos del estudio, a los que se les permitió un día para responderlo, ya que se recogió un día después de su entrega.

Se escogió este grupo objetivo para el estudio, debido a que se está investigando el rol de la enfermera frente a la demanda insatisfecha por los servicios de salud y porque se desea demostrar la existencia o no de demanda rechazada o insatisfecha.

5.2 TECNICAS DE TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

La tabulación, cruce y análisis de las variables utilizados en el formulario de recolección de datos, se realizó a través de técnicas de computación.

La grabación y corrección de la encuesta, se llevó a cabo por medio de la base de datos del DBASE III PLUS. La información recogida a través de la muestra sujeta al estudio, se tabuló utilizando el paquete estadístico SAS y se graficó, mediante el HARVARD GRAPHIC.

Luego se interpretaron y analizaron los resultados obtenidos a través de cuadros y gráficos.

MARCO TEORICO

CAPITULO I
ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD
EN LA REPUBLICA DE PANAMA Y EN LA
REGION METROPOLITANA

**ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMA
Y EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD**

Constitucionalmente la República de Panamá en su Sistema de Administración Pública, define una Clasificación Sectorial, Social, Política y Económica, constituida por quince (15) sectores de actividad de acuerdo al Sistema Político-Administrativo del país. (Ver figura # 1).

Cada uno de estos sectores de actividad Socio-Económica, mantiene características propias en relación a su organización, administración, distribución regional y la estructuración de servicios de sus instituciones componentes; siendo su objetivo primordial, el de planear, conducir y hacer cumplir la Política Sectorial en congruencia política, administrativa y fiscal, con el resto de las políticas sectoriales y a su vez en armonía y articulación con las Políticas Nacionales Vigentes.

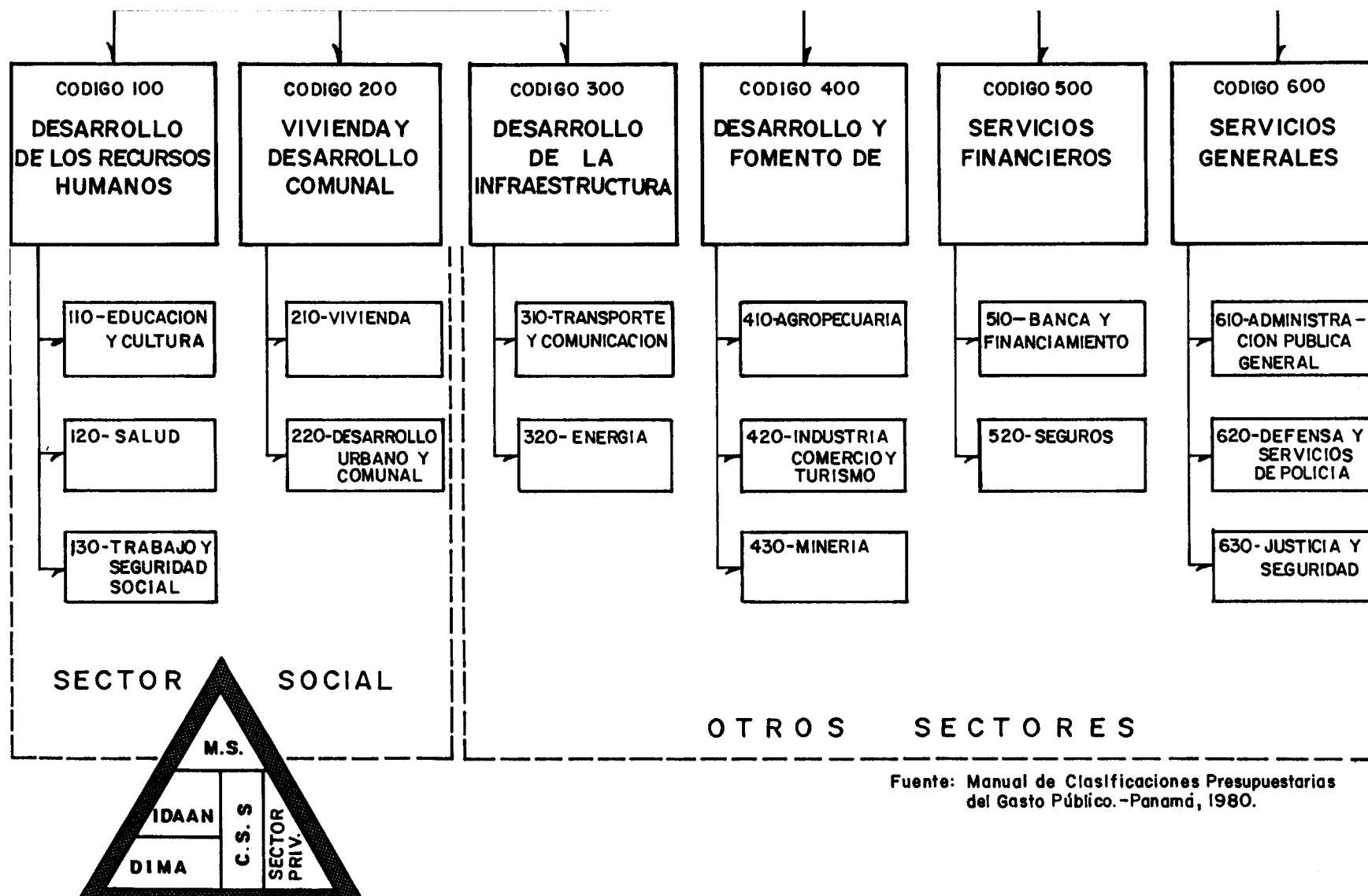
Esta Clasificación Sectorial, orientada en función de los distintos sectores de la economía, es un instrumento empleado por la Administración Pública para el proceso de Programación Física y Financiera, tanto del desarrollo glo-

bal, como del sectorial y la constituyen sectores de actividad que en términos macroeconómicos, convergen sobre propósitos finales comunes, siendo uno de éstos el Sector Social, que a su vez comprende los Sectores de Educación, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Desarrollo Urbano y Comunal y el Sector Salud. (Ver Figura # 1).

El Sector Social de la República de Panamá, marco referencial de importancia al interés técnico del presente trabajo, nominalmente está constituido por los cinco (5) sectores componentes ya enunciados y sus acciones están destinadas al desarrollo de los recursos humanos, desde el punto de vista de su formación, cuidado, adiestramiento, bienestar y su incidencia en la calidad de éstos, reconociendo que el objetivo último del desarrollo económico, es el ser humano. Asimismo, concentra el Sector Social todas las acciones referentes a la construcción y regulación de la vivienda, al proceso de urbanización, como también, a la formación y organización de comunidades.

A.- SECTOR SALUD:

Como se ha mencionado anteriormente, el Sector Salud es un componente del Sector Social, que responde a la Clasificación-Sectorial Socio-Política y Económica de



Fuente: Manual de Clasificaciones Presupuestarias del Gasto Público.-Panamá, 1980.

de la República de Panamá y como tal, el Ministerio de Planificación y Política Económica, le ha designado con los códigos "100" y "200", referentes a los conceptos: Desarrollo de los Recursos Humanos y Vivienda y Desarrollo Comunal respectivamente (ver Figura # 1).

La Estructura Organizacional del Sector Salud de la República de Panamá, está constituida formalmente por el Ministerio de Salud, el cual como organismo máximo, es el rector del sector; la Caja de Seguro Social (C.S.S.), el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N.), la Dirección Metropolitana de Aseo (D.I.M.A.), y las Instalaciones Privadas de Atención de Salud. La Organización del Sector Salud, tiene tres (3) grandes Niveles de Autoridad y responsabilidad Gerencial que son: el **Nivel Normativo Superior** que lo constituye el Ministro de Salud, quien por disposición legal y formal, le corresponde fijar y conducir la Política de Salud del Sector, coordinadamente con el resto del Sector Público y Privado. El siguiente es el **Nivel Normativo Supervisor**, representativo de cada una de las cuatros instituciones mencionadas y es el que fija y conduce las Políticas Institucionales, a la vez que establece normas, evalúa y supervisa al Ni-

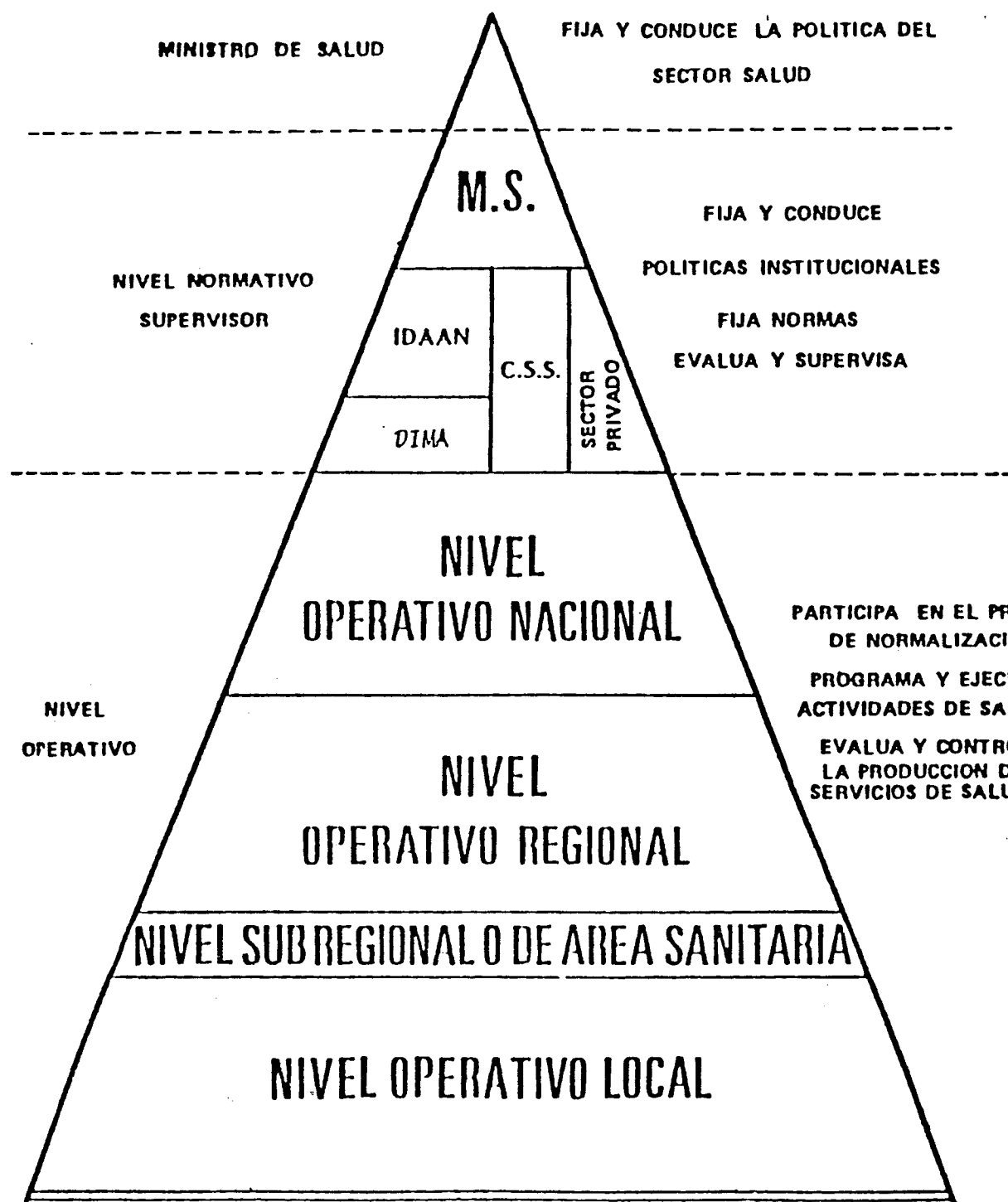
vel Operativo que ejecuta los Programas y Proyectos de Salud. Por último, un **Tercer Nivel Operativo**, estratificado en: Nivel Operativo Nacional, que participa en el proceso de normalización, programación y ejecución de las actividades de Salud y Nivel Operativo Regional que evalúa y controla la producción de los Servicios de Salud en el Nivel Subregional o de Area Sanitaria y en el Nivel Operativo Local. (Ver Figura # 2).

La Región Metropolitana de Salud, de acuerdo a la organización establecida para el sector, está ubicada en el Tercer Nivel de Autoridad y Responsabilidad Gerencial, correspondiente al Nivel Operativo y dentro de éste, actúa en calidad de Nivel Operativo Regional, evaluando, controlando y monitoreando el proceso de producción de los servicios finales e intermedios de Salud, ofrecidos en su Nivel Operativo Local, el cual está constituido por veintidos (22) Centros de Salud dispersos en esta Región de la Provincia de Panamá (ver Figura # 2).

A.1 SUB-SECTOR SALUD:

El Sector Salud, quedó establecido que lo forman cinco (5) componentes institucionales que son:

ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD



Fuente: Manual de Organización y Funcionamiento del Ministerio de Salud. Panamá, 1987.

el Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Instituto de Acueductos y Alcantarillados, Dirección Metropolitana de Aseo y las Instalaciones de Salud del Sector Privado. Sin embargo, dependiendo de su direccionalidad funcional, se establece una división del mismo, en dos Sub-Sectores a saber: un Sub-Sector responsable por la Atención de salud directa al hombre y otro Sub-Sector de Atención al Medio Ambiente.

El primer Sub-Sector de Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y los establecimientos ambulatorios y hospitalarios del sector privado de atención; mientras que en el siguiente Sub-Sector de Salud, se ha responsabilizado al Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N), y a la Dirección Metropolitana de Aseo (D.I.M.A.), quienes velan por aquellas actividades destinadas a combatir los factores del medio ambiente que inciden negativamente en la salud de la población tales como: la disposición de excretas y de aguas servidas, la disposición de los desechos sólidos y la dotación de agua potable.

En cuanto al Sub-Sector Salud de Atención Directa, podemos observar también, que el mismo se subdivide a su vez en: el Sub-Sistema de Salud Pública o Gubernamental, conformado por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social y el Sub-Sistema de Atención Médica Privado, compuesto por el conjunto de instalaciones no gubernamentales.

La direccionalidad del Sub-Sistema de Salud Pública, orientada hacia la atención directa a la población asegurada y no asegurada o población abierta, le responsabiliza a desarrollar funciones de prevención, curación, recuperación y rehabilitación de la salud, con énfasis entre otras, en la maternidad, el crecimiento y la vejez, la salud ocupacional y la invalidez, a través de acciones de Educación Comunitaria, Vacunación, Atención Médica y el Control de los Medicamentos y Drogas. Otras áreas funcionales del Sub-Sistema de Salud Pública, son las de: Hospitalización y Saneamiento Básico, cumpliendo esta última acciones de control del medio, disposición general de desechos y sólidos, control de alimentos y control de vectores y zoonosis.

La Organización del Sub-Sector Salud, está basada en el hecho de que la Salud Pública, será provista a la población en forma integral, funcional y operativa, con un sentido de equidad, eficacia y eficiencia social y administrativa. Dicha integración, debe alcanzarse mediante aproximaciones sucesivas, tratando de minimizar los riesgos a la salud y bienestar de la población. Además de esta integración institucional del Sector Salud, se plantea el compromiso de la meta social de **"Salud para Todos en el Año 2,000"**, con especial atención a los aspectos de desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, con énfasis en su relación con la estrategia de Atención Primaria de Salud y la atención a los problemas prioritarios, presentes en los grupos vulnerables de la población.

En el aspecto legal, pueden considerarse para efectos de la organización del Sub-Sector Salud Pública, los fundamentos del Decreto de Gabinete # 1 del 15 de Enero de 1969, mediante el cual se crea el Ministerio de Salud y el Decreto Ejecuti-

vo # 75 del 27 de Febero de 1969, que establece el Estatuto Orgánico de la Institución, en el cual se confiere a las Regiones y a las Areas Médico-Sanitarias del país, todas las facultades descentralizadas que permiten la agilización de los programas en las instalaciones de salud de los núcleos poblados, basados en un "**Sistema Sa-télite**" de organización, en el cual establecimientos de menor jerarquía funcionan alrededor de otros más complejos y de mayor capacidad resolutiva; sede de las áreas médico-sanitarias y hospitales generales.

De igual manera se observa lo establecido en la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, en relación al Título II - De la Administración.

Las Regiones de Salud actualmente son doce (12) y nueve (9) de ellas, son Sistemas Integrados de Salud (S.I.S), lo que se define como la integración de los recursos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social en una Región o Provincia, para la prestación de los Servicios de Atención de Salud y su Administración o Gerencia.

Estas Regiones de Salud, en la Organización del Sub-Sector, constituyen organismos directivos de organización, supervisión, asesoría, control y evaluación de los servicios de salud que ésta integra. Su responsabilidad técnica, es la de estudiar, aprobar, integrar y formular los programas de los servicios de salud bajo su jurisdicción geográfica y consolidar los anteproyectos a Nivel Regional, para su ulterior revisión y compatibilización a Nivel Central. Las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el plano nacional, se cumplen mediante un régimen organizacional descentralizado de operación por servicios ejecutivos-perisféricos, tales como: Areas Médico-Sanitarias, Sectores Sanitarios (Centros de Salud, Sub-Centros de Salud y Puestos de Salud); Hospitales y otros establecimientos especializados, dirigidos jurisdiccionalmente por una autoridad superior, como lo son las Direcciones Regionales.

Las Areas Médico-Sanitarias, constituyen los Organismos Ejecutivos de Programas Locales y por este carácter tienen responsabilidad directa en

el funcionamiento de los Centros, Sub-Centros y Puestos de Salud, los Hospitales y establecimientos especiales dentro de sus respectivas jurisdicciones. La coordinación y/o integración ejecutiva de las acciones de este nivel, competen al Jefe del Area Médico-Sanitaria.

El Sector Sanitario, es la unidad geodemográfica bajo la responsabilidad programática de un "equipo de salud", con médico permanente, su capacidad instalada, su comunidad, entorno y su ecología. En la mayoría de los Sectores Sanitarios del país la capacidad instalada sede, la constituye el Centro de Salud, en otros el Centro de Salud con camas, el Hospital General o el de Medicina General.

Actualmente, la capacidad instalada o infraestructura física del Sub-Sector Salud de la República de Panamá, se encuentra dispersa geográficamente y está constituida por 701 instituciones de salud de la cual, 58 corresponden a Centros Médicos Integrados y Hospitales; 183 son Centros de Salud y Policlínicas y 460 se refieren a Sub-Centros y

Puestos de Salud. Es conveniente manifestar, que precisamente estas unidades menores, están ubicadas en áreas de difícil acceso y con población en situación de mayor pobreza.

El Sub-Sector dispone de una capacidad de 7,776 camas hospitalarias, incluyendo cunas, manteniéndose una proporción de 3.5 camas por cada 1,000 habitantes a Nivel Nacional.

Los recursos humanos empleados por el Sector Salud, son de carácter multidisciplinario, técnico-profesional y están agrupados en: 2.761 médicos, con un promedio de 11.9 Médicos por cada 10,000 habitantes; 2.514 Enfermeras, con una tasa de 10.8 por cada 10,000 habitantes y 527 Odontólogos, para 2.3 por cada 10,000 habitantes; como responsables directos del equipo de salud, disponiendo a su vez de un grupo de 4,022 funcionarios de apoyo técnico, operativo y administrativo.

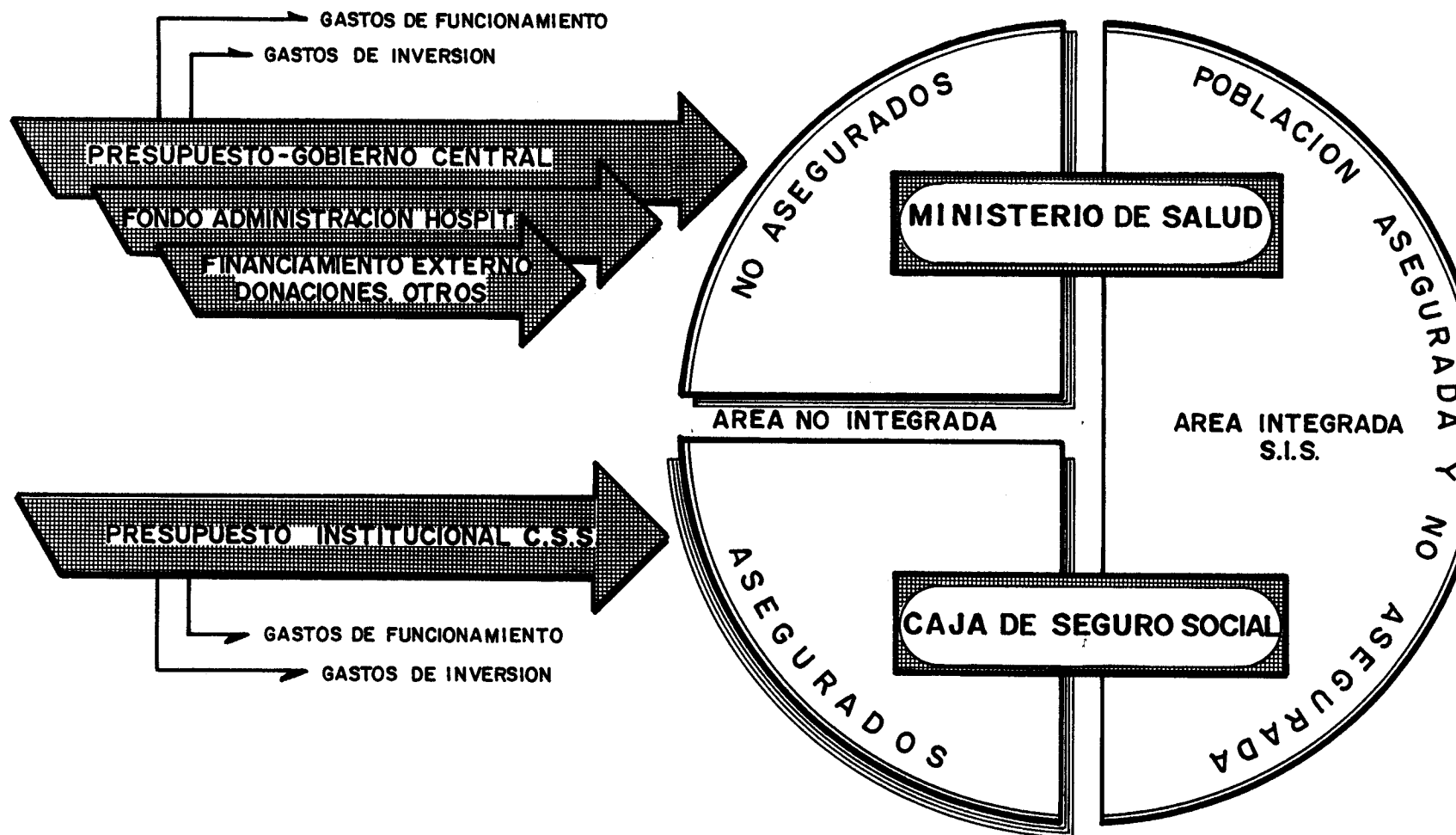
En cuanto a las fuentes de financiamiento del Sub-Sector Salud, en lo que corresponde al Sub-Sistema de Atención de Salud Pública, se observan

los recursos presupuestarios provenientes de Presupuesto del Gobierno Central para Gastos de Funcionamiento e Inversiones y los recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento e Inversiones de la Caja de Seguro Social Marginalmente, este Sub-Sector de Atención de Salud Pública, recibe transferencias del sector privado, como son las aportaciones recibidas de la población no asegurada, en contraprestación de algunos servicios de salud, los que comúnmente se denominan los "Ingresos del Fondo de Administración de Hospitales". Por otro lado, se consideran Fuentes de Financiamiento al Sector, aquellas donaciones de carácter privado y otras provenientes de Organismos Externos (Figura #3)

B.- SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA REGION METROPOLITANA.

Para efectos del desarrollo de este trabajo, se denominan Servicios de Salud Pública del Primer Nivel de Atención, a la oferta de acciones de salud expresada a través de la atención de consulta externa general y especializada, a los servicios intermedios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, así como también a aque-

SERVICIOS DE MANEJO DE LOS SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD

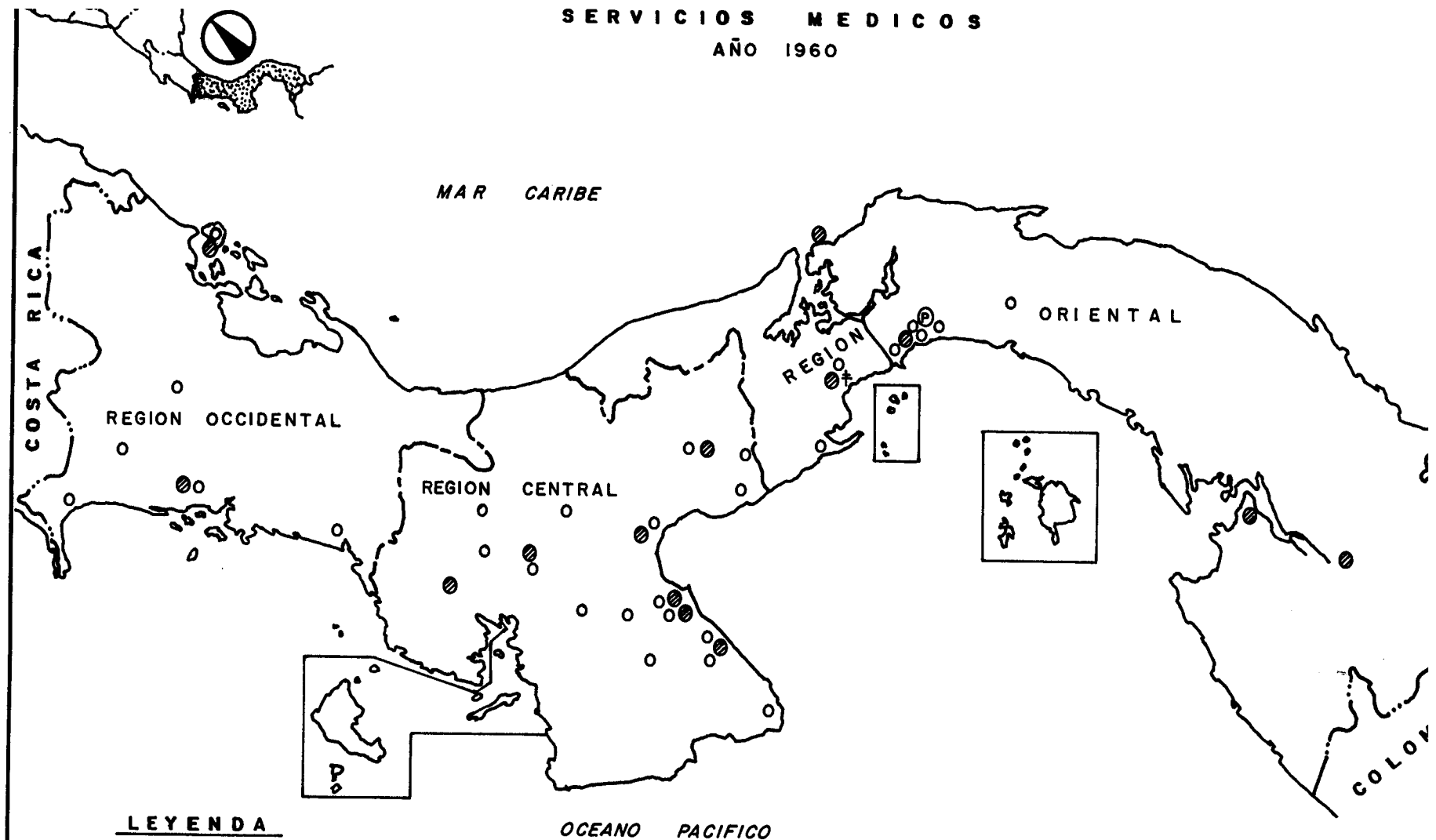


Fuente: Manual de Clasificaciones Presupuestarias del Gasto Público. Panamá. 1980

llas acciones de prevención, educación y saneamiento del medio, brindadas a la población en los veintidos (22) Centros de Salud de la Región Metropolitana, con el fin de atender la demanda de atención en cuanto a sus problemas básicos de salud.

En la búsqueda continua de solución a los problemas de salud de nuestra población, van sucediéndose cambios desde la etapa pre-republicana, los cuales cobra mayor importancia a partir de los estudios del Dr. Isodore S. Falk en 1957, quien realiza un estudio sobre las condiciones médico-sanitarias del país y las presenta al Gobierno a través del informe **"La Salud en Panamá, un estudio y un programa"**. Este estudio conlleva en 1960, a la elaboración del **"Plan Nacional de Salud Pública"** de 1962-1970, el cual siguiendo las recomendaciones del Dr. I.S., Falk, en su organigrama funcional, divide al país en tres grandes regiones de salud: La Región Oriental, Región Central y Región Occidental. Estas regiones a su vez, se subdividen en áreas sanitarias, constituyéndose así, 16 áreas sanitarias en todo el país. (Mapa, # 1, Figura # 4).

SERVICIOS MEDICOS
AÑO 1960

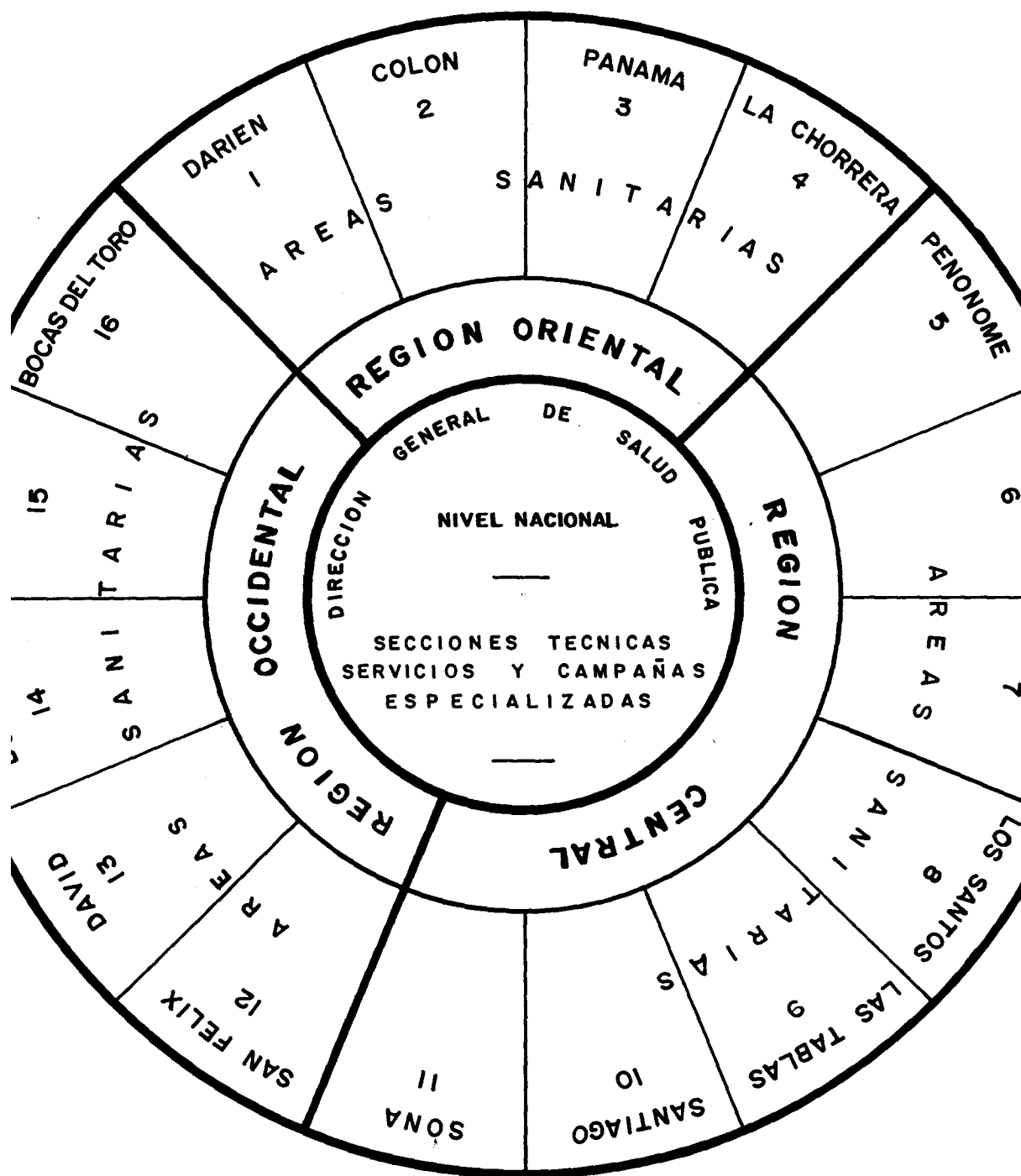


LEYENDA

- ⊙ HOSPITAL
- CENTRO DE SALUD
- Ⓟ HOSPITAL PSIQUIATRICO
- ⊕ HOSPITAL DE TUBERCULOSIS

PLAN NACIONAL DE SALU
REPUBLICA DE PANAMA

DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA



PLAN NACIONAL DE SAL
REPUBLICA DE PANAMA

MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SA
Departamento de Salud Pública

con la colaboración de OPS/OMS

"Esta regionalización inicial del país, sólo guardaba relación con la ubicación geográfica de las provincias dentro de la división política del mismo; pero constituye uno de los primeros pasos hacia la definición de una Política de Salud dirigida a la agilización de los programas a nivel regional y local, dando paso así al desarrollo de programas en Centros de Salud" (1).

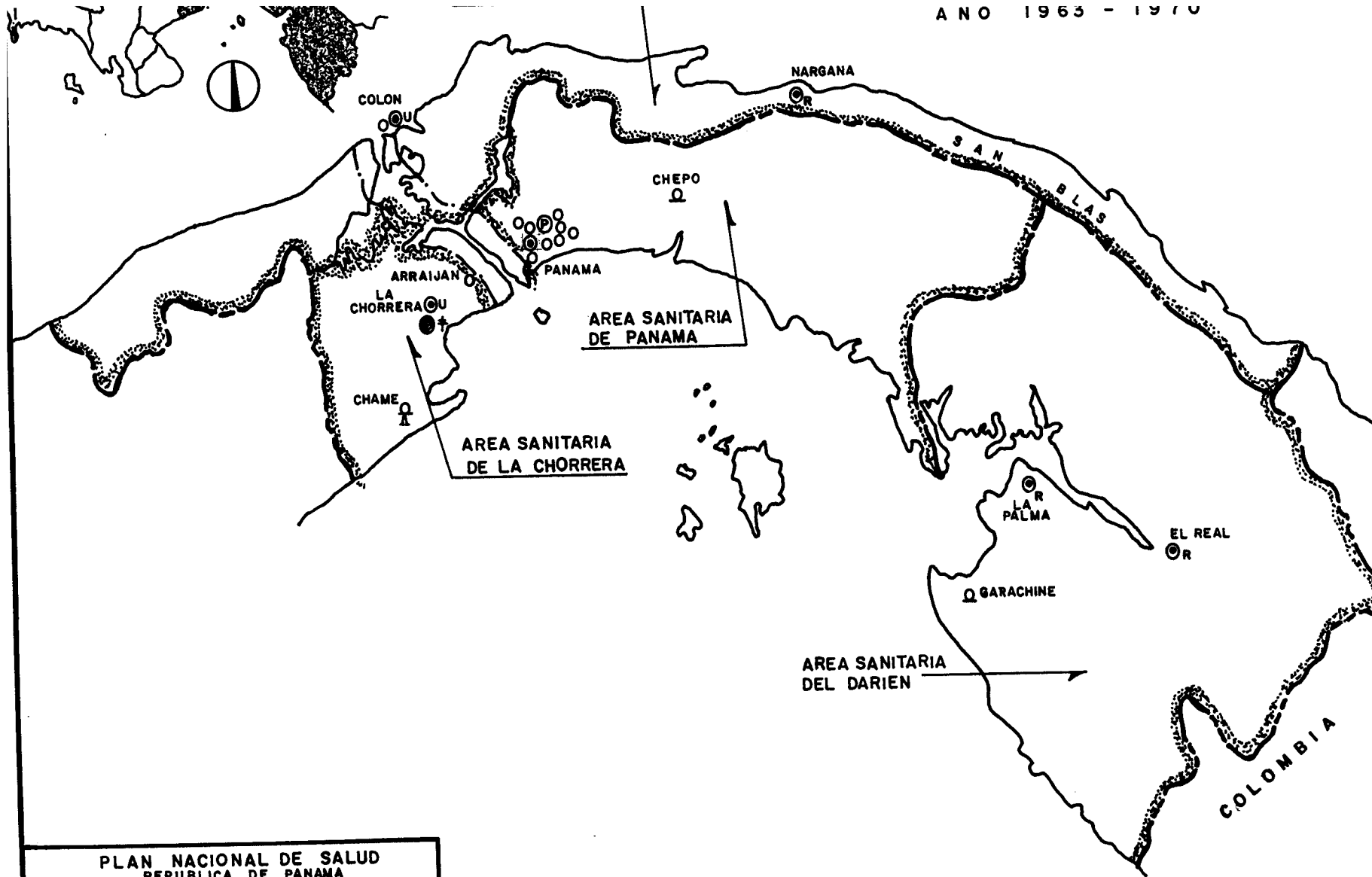
B.1 DESARROLLO Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

La Región Metropolitana, surge inicialmente como una de las áreas sanitarias de la Región Oriental, denominándosele en ese entonces, Area Sanitaria de Panamá; también formaban parte de esta región, el Area Sanitaria de Colón, Chorrera, Darién y la Comarca de San Blas (Mapa # 2 y 3).

El Area Sanitaria de Panamá actual Región Metropolitana, estaba conformada por los distritos de Panamá, Chepo, Chimán, Balboa y Taboga. La jefatura de esta área, tenía su sede en el Centro Médico Integrado Santo Tomás y dependían de éstas

(1) Panamá, Ministerio de Salud Regiones y Areas Médicos Sanitarias "ATLAS DE GEOGRAFIA MEDICA 1970".

AÑO 1963 - 1970

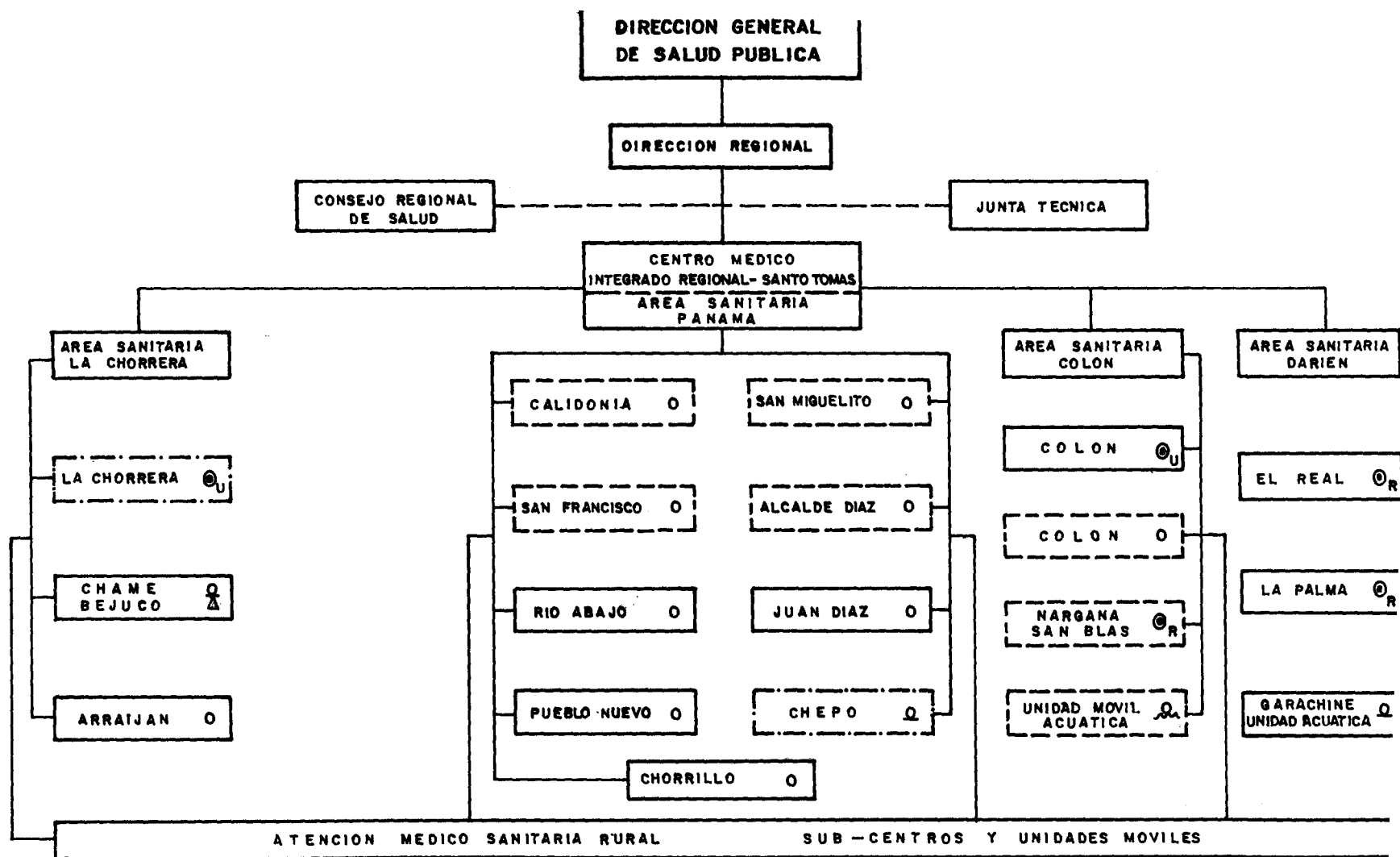


PLAN NACIONAL DE SALUD
REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

nueve (9) Centros de Salud que son: Rio Abajo, Juan Díaz, Pueblo Nuevo, Chorrillo, San Francisco, Calidonia, San Miguelito, Alcalde Díaz y Chepo. A su vez, del Centro de Salud de Calidonia dependía el Sub-Centro de Taboga, del Centro Centro de Juan Díaz, el Sub-Centro de Pedregal, del Centro de Alcalde Díaz, el Sub-Centro de Chilibre, del Centro de Chepo, los Sub-Centros de Pacora y Chimán y del Centro de Chorrillo, el Sub-Centro de San Miguel del Distrito de Balboa. (Figura # 5).

La creación de las áreas médico-sanitarias, constituyó la célula de trabajo dentro de la administración de los servicios de salud, concibiéndose como política a desarrollar, la integración funcional de todos los niveles, con la finalidad de:

- a.- "establecer la continuidad de los servicios de salud y enfermedad.
- b.- Lograr la mejor utilización de todos los recursos disponibles.
- c.- Desarrollar en la comunidad una actitud más adecuada hacia la optimización en la



PLAN NACIONAL DE SALUD
REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD
Departamento de Salud Pública

utilización de los servicios
ofrecidos" (2).

Esta política de trabajo, sirvió a las tres regiones médico-sanitarias y a las 16 áreas hasta 1966, cuando a través de la metodología de planificación de la salud, se adiestró al recurso humano de las diferentes agencias del sector, lo cual les permitiría participar en el Plan Nacional Sectorial de Salud, como parte integrante del Plan Nacional Económico y Social, con el cual se dió inicio a una etapa diagnóstica de la situación de salud del país, formulándose el Primer Plan Sectorial de Salud de 1968 - 1978. A pesar de este esfuerzo en la búsqueda de solución a la problemática de Salud en el país, fue poco lo que se avanzó en 1968, debido a fallas administrativas en el sistema y a la falta de autoridad imperante en las Regiones Médico-Sanitarias.

A partir de 1969, con la creación del Ministerio de Salud y su estatuto orgánico, se le responsa-

(2) ATLAS DE GEOGRAFIA MEDICA 1970. op cit

biliza por la determinación y conducción de la política de salud del país y éste a su vez, enfatiza la estructuración de los servicios de salud en tres regiones y 16 áreas médico-sanitarias, "otorgándosele a las regiones la estructura de organismos descentralizados, con responsabilidad y autoridad para dirigir, preparar normas, integrar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de salud que se ejecutasen en los servicios correspondientes a su jurisdicción y a la vez actuaban como unidades técnico-normativas y administrativas". (3)

Cada área médico-sanitaria era responsable de la administración de los servicios de salud dentro de su jurisdicción y respondía a criterios establecidos tales como:

- a.- "Es una área geográfica que abarca uno o más unidades políticas del orden de los distritos, con una población mínima de 20,000 habitantes.
- b.- Debe existir una institución de salud base donde se ofrezcan servicios integrados.
- c.- Deben existir vías de comunicación entre el lugar donde se encuentra las instituciones de salud base y el mayor número de poblaciones que ameritan instituciones de salud propias" (4).

(3) ATLAS DE GEOGRAFIA MEDICA 1970, op cit.

(4) ATLAS DE GEOGRAFIA MEDICA 1970. op cit.

El área metropolitana, responde a estos criterios y así tenemos que para 1969, ocupa los distritos de: Panamá, Chepo, Chimán y Taboga de la Provincia de Panamá.

La población bajo su jurisdicción es de 425,440 habitantes, su extensión territorial es de 8,740 km₂ y la sede de la Jefatura del área correspondía al Hospital Santo Tomás.

Existían para ese entonces, nueve (9) centros de Salud, pero su responsabilidad no estaba bien definida y sus servicios eran desconocidos para una parte importante de la población. Los servicios que se prestaban, al igual que en otros Centros de Salud del país, eran tanto de tipo preventivo como curativo; pero desafortunadamente, en esta etapa aún, no es posible hacer un análisis estadístico sistemático, ya que no existen los datos necesarios.

Con la finalidad de optimizar la atención de Salud y ofrecer cada vez servicios más eficientes y eficaces, que garanticen una mayor cobertura

y accesibilidad de la población a ellos, se crea la Región Metropolitana de Salud, el 10 de Septiembre de 1971, teniendo bajo su ámbito de responsabilidad, los Distritos de Panamá, San Miguelito, Taboga y el Corregimiento de Veracruz, perteneciente al Distrito de Arraiján. Para esta fecha, cuenta con 11 Centros de Salud, que deben dar respuesta a una población de 436,660 habitantes.

El recurso humano disponible está constituido por 26 médicos, 30 enfermeras, 15 auxiliares de enfermería, 19 odontólogos, 101 técnicos y 78 administrativos.

Para facilitar la accesibilidad de los diferentes grupos poblacionales al primer nivel de atención, los Centros de Salud han ido surgiendo por corregimientos, los cuales están sectorizados y ligados directamente al Centro de Salud de la jurisdicción, el cual cuenta con equipo técnico capacitado para proyectar los programas básicos de salud al individuo, familia y a los diferentes entes de la comunidad, tales como: el hogar, las escuelas, fábricas y grupos organizados.

El logro de la meta "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", compromete a las autoridades de salud, a seguir ampliando los servicios en el primer nivel de atención, haciendo énfasis en el Componente preventivo, por lo que la Región Metropolitana continúa desarrollando su red de oferta para hacer frente a la demanda de atención y es así como para 1973, ya existen 16 Centros de Salud y una estación pediátrica, responsables de 510,000 habitantes. Mientras que para 1968, existía en la Región Metropolitana un Centro de Salud por cada 85,000 habitantes, en 1973, ya existe un Centro de Salud por cada 32,000 habitantes, lo cual permite una mejor planificación de los programas de salud y del recurso humano, para responder a las necesidades de las comunidades, expresadas a través de demandas de atención tanto al hombre como al medio ambiente que lo rodea. Una parte importante en el fortalecimiento de la red de servicios en la producción de acciones de salud, lo constituye la participación comunitaria a través de los diversos grupos organizados, entre los que figuran para esta fecha, 56 Comités de Salud.

La Región Metropolitana de Salud, con un recurso humano cada vez mas capacitado tanto técnica como administrativamente, ha sentido la necesidad de ampliar su capacidad resolutive en el primer nivel de atención, con la finalidad de incrementar su cobertura en cada uno de los cinco capítulos que conforman el Programa de Salud de Panamá y que son:

- El Capítulo dedicado a la Salud Materno-Infantil y del adolescente.
- El Capítulo dedicado a la Salud del Adulto.
- El Capítulo dedicado a la Salud Ambiental.
- El Capítulo dedicado a la Organización Comunitaria.
- El Capítulo dedicado a la administración.

El desarrollo y cumplimiento de los objetivos de estos cinco capítulos, tendientes al logro de niveles óptimos de salud en la población panameña, permiten cumplir con lineamientos jurídicos de la "Carta Magna de la República de Panamá, en donde se define qué es responsabilidad del Sector Salud:

- 1.- "Velar por la Salud Integral.
- 2.- Velar por la participación Comunitaria.
- 3.- Velar por la reforma técnica administrativa". (5)

Motivados por hacer cada vez más accesibles los servicios de salud a los diferentes grupos con mayores grados de postergación, la Región Metropolitana amplía su red de oferta, no sólo en un número mayor de unidades productoras de salud, sino también con tecnologías especializadas acordes a las necesidades de la demanda y con un mayor recurso humano diversificado y mejor capacitado que en 1971.

Para 1988, la Región Metropolitana de Salud, con una superficie de 2,152.6 km₂ y una densidad de 382.9 habitantes por Km₂, tiene una población de 824,168 habitantes, de los cuales, el 86.4% se concentra en el área urbana de la región correspondiente a la capital del país y el 13.6% se encuentra dispersa en el área rural de esta

(5) Panamá, Ministerio de Salud. LA SALUD EN PANAMA. "Políticas, estrategias, objetivos y lineamientos generales para el período 1985-1989". Enero, 1985, pág. 1 y 2.

misma región, constituyendo estos últimos, los grupos poblacionales con mayor riesgo a enfermar, dadas las condiciones socio-económicas y ambientales en que viven. Esta masa poblacional, en primera instancia se dedica a desarrollar actividades de servicios, correspondientes al nivel terciario de nuestra economía, igualmente en menor proporción, desarrolla actividades de producción y extracción de subsistencia del nivel primario y secundario de la economía.

Dicha población, de acuerdo a variables tales como la estructura socio-económica, distribución por edad, accesibilidad a los servicios de salud y al perfil epidemiológico de la morbi-mortalidad entre otras, genera una demanda de atención hacia los distintos servicios de salud, tendiente a satisfacer sus necesidades y problemas de salud, la cual incide directamente en los polos de oferta, determinados en este caso, por los establecimientos del primer nivel de atención en esta región, los cuales están dados por 22 Centros de Salud, una Estación Pediátrica, un Puesto de Salud, la Clínica del Aeropuerto Omar

Torrijos Herrera y otras clínicas de salud, instaladas en diferentes instituciones. (Mapa # 4).

Además de esta capacidad física para resolver la demanda de atención, la Región cuenta con un valioso recurso humano constituido por 805 unidades en su totalidad, distribuidas de la siguiente manera:

- Personal médico	242
- Personal Paramédico (enfermeras, auxiliares)	330
- Personal administrativo	233

Al analizar este recurso con el de 1971 cuando se creó la Región, observamos un incremento del 75% en el mismo, lo cual nos habla del avance que hemos tenido en materia de salud, al incrementar los programas de tipo preventivo, proyectando cada vez más recursos hacia los servicios de Salud Pública en el Primer Nivel de Atención. Este recurso ha sido creciente numéricamente; pero también técnica y científicamente ya que a través de la capacitación del mismo, se ha obtenido un recurso calificado, del cual depende la eficacia y eficiencia de los programas que se

REGION METROPOLITANA

CORREDOR DE ANCON

BAY DE PANAMA

DISTRITO ESPECIAL DE SAN MIGUELITO

LEGENDA

- HOSPITAL
- CENTRO DE SALUD
- ▽ POLICLINICA

NOTAS

- DISTRITO
- CARRERA

PREPARADO POR LA OFICINA DE ESTADISTICA Y CENSOS

PREPARADO POR LA OFICINA
DE ESTADÍSTICAS VITALES

desarrollan en salud.

B.2 DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de Salud Pública del Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana en los últimos 18 años, han evolucionado significativamente, pasando de una atención en donde se resolvían parcial o totalmente las necesidades básicas de la demanda, a una capacidad de la oferta de mayor resolución, la cual se articula funcionalmente con el resto del Sistema de Salud de mayor complejidad, a través de otras unidades productoras de servicios de Salud, tales como: la Caja de Seguro Social, el Sector Privado, Entidades del Segundo y Tercer Nivel de Atención del Ministerio de Salud y otros agentes del Sistema Informal, tales como: curanderos, parteras, etc. (Figura # 6).

A partir de 1971, con la creación de la Región Metropolitana, la oferta de Servicios de Salud se da en una forma más planificada y organizada a través de la sectorización y segmentación de las áreas de responsabilidad de cada institución,

SALUD ESPECIALIDADES

VERACRUZ	VERACRUZ
CHORRILLO	CHORRILLO
SAN FELIPE	OTOQUE
	SAN FELIPE
	POL. PRESIDENTE REMON
SANTA ANA	SANTA ANA
CAL. BELLA VISTA	EMILIANO PONCE
	POL. CALLE 26
CURUNDU	CURUNDU
BOCA LA CAJA SAN FCO.	BOCA LA CAJA
	POL. SAN FCO.
PARQUE LEF. PMA. VIEJO	PARQUE LEFEVRE
RIO ABAJO	RIO ABAJO
	POL. BETANIA
PUEBLO NVO. BETANIA	ROMULO ROUX
SAN MIGUELITO	NVO. VERANILLO
PAN DE AZUCAR	AMELIA DENIS DE ICAZA
	POL. MANUEL M. VALDEZ
JUAN DIAZ	JUAN DIAZ
	CONSULTORIO DON BOSCO
PEDREGAL	PEDREGAL
	POL. JUAN DIAZ
TOCUMEN	TOCUMEN
	HIPO. PRESIDENTE REMON
SAN ISIDRO	SAN ISIDRO
	POL. STA. LIBRADA
CERRO BATEA	CERRO BATEA
TORRIJOS CARTER	TORRIJOS CARTER
ALCALDE DIAZ	ALCALDE DIAZ
CHILIBRE	CHILIBRE

C.S.S
HOSPIT.
LA
ESPERAN

C.S.S
COMPLE
METROPOLI

HOSPIT
SANTO TC

HOSP
DEL N

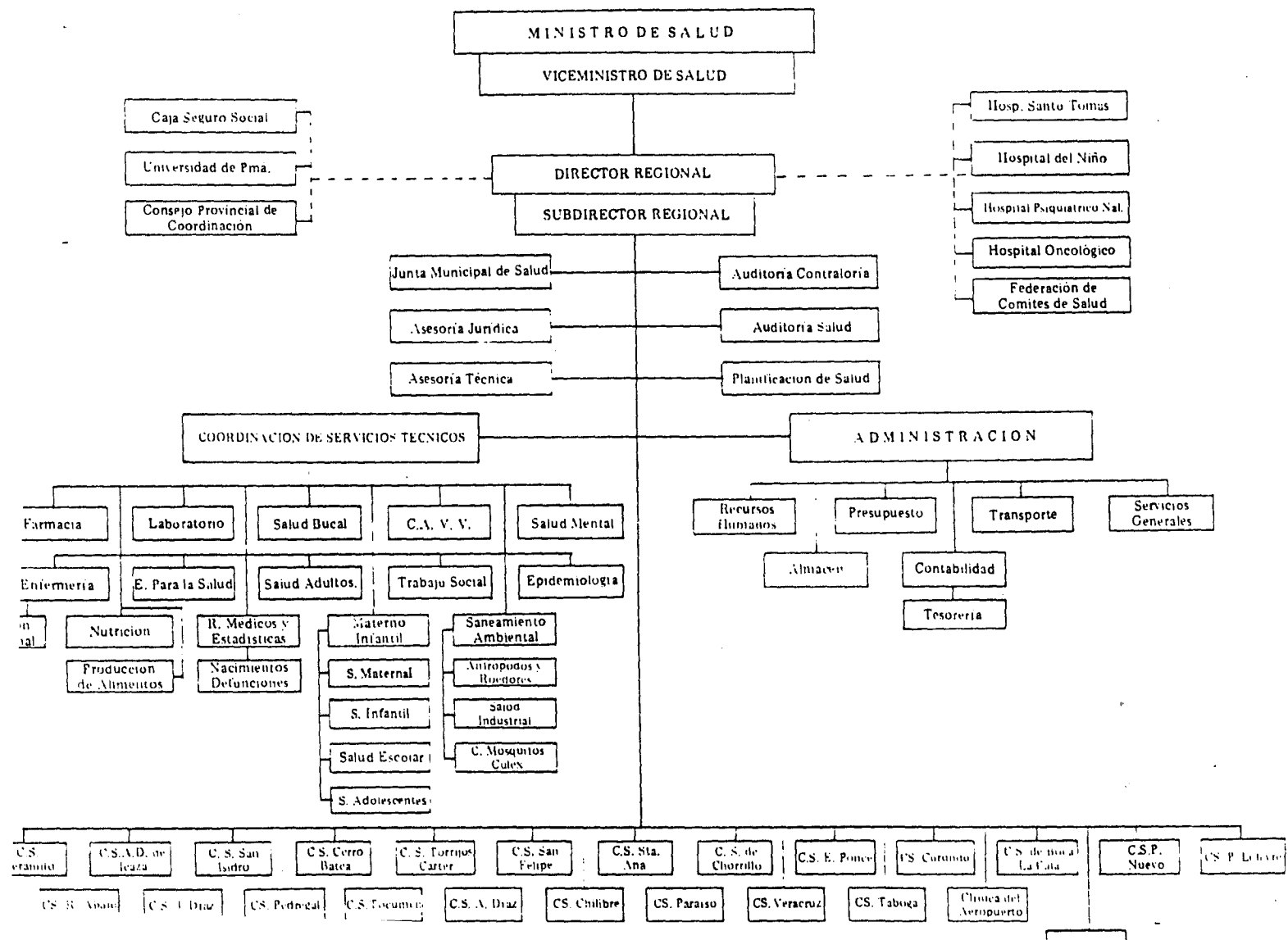
HOSP
ONCOI

lo cual se constituye en una estrategia de organización y participación comunitaria, en donde los moradores expresan libre y directamente a las autoridades de la institución de salud, su problemática. (Figura # 7).

Inicialmente, la atención ofrecida en los Centros de Salud, era una atención médica integral, tendiente a atender el control del niño, la madre, la familia y la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de acciones de recuperación y rehabilitación de la salud. Pero estas actividades se ofrecían dentro del marco de un horario, en donde se establecían las horas y días de control en los programas que se desarrollaban, probablemente basados en el escaso recurso humano existente, en la poca capacidad física de la instalación oferente de servicios y en la baja utilización de los servicios por parte de la población.

La capacidad de resolución de los Centros de Salud para esta fecha, les permitía ofrecer servi-

1987



cios de:

- **Gineco-Obstetricia:** a través del control pre-natal, parto en algunos lugares, puerperio, planificación familiar, prevención del cáncer y atención a la morbilidad.
- **Pediatría:** A través del control de crecimiento y desarrollo del niño y atención de la morbilidad.
- **Odontología:** Con acciones más curativas que preventivas.
- **Saneamiento Ambiental Básico.**
- **Atención a Manipuladores de Alimentos.**
- **Vacunación.**
Tres de los 16 Centros existentes, ofrecerán horas de alguna especialidad tal como:
 - Cardiología
 - Dermatología

- Medicina Interna
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Oftalmología
- Neumología y Clínica de Higiene Social.

Otra forma de hacer accesibles los servicios básicos de atención a los núcleos de población más postergados y donde aún no existían unidades de salud, era a través de las giras médico-sanitarias, que se realizaban regularmente a Otoque Oriente, Otoque Occidente y Taboga.

La transformación de los servicios de salud de menor complejidad a mayor complejidad, han permitido a la Región Metropolitana de Salud, ampliar su red de oferta, con la finalidad de cumplir con la meta propuesta, haciendo que los mismos sean cada vez más eficientes, eficaces y equitativos, de tal manera, que para 1988, esta Región en el Primer Nivel de Atención, cuenta con 22 Centros de Salud oferentes de un amplio número de servicios y especialidades, que si bien es cierto, no se dan en todos los Centros, en los que se brin-

dan las mismas, la cobertura se ofrece a la población demandante de las diferentes áreas correspondientes a la Región.

Con la finalidad de facilitar la descripción, dividimos estos servicios en:

1.- Servicios de Atención Directa a las personas.

2.- Servicios de Atención al Medio Ambiente.

1.- Servicios de Atención Directa a las personas.

Dentro de estos tenemos:

a) Los servicios finales de atención:

se ofrecen a través de la consulta externa y cuarto de urgencia, cuyo perfil de complejidad está caracterizado por:

- El Médico General
- El Médico Pediatra
- El Médico Gineco-Obstetra
- El Médico Odontólogo

- Otros especialistas tales como: el Psiquiatra, dermatólogo, neumólogo, oftalmólogo y otros.
- La Enfermera

b) **Servicios Intermedios de apoyo al diagnóstico y tratamiento:** éstos se realizan a través de:

- Laboratorio
- Rayos X
- Colposcopía
- Ultrasonido
- Trabajo social
- Nutrición
- Psicología
- Educación para la Salud
- Optometría
- Farmacia

2.- Servicios de Atención al Medio Ambiente:

Estos constituyen el elemento básico de la salud de la población, ya que las condiciones sanitarias y del medio ambiente

en una comunidad, determinan en gran medida el perfil epidemiológico de la misma.

En la Región Metropolitana, los servicios de atención al Medio Ambiente se realizan por medio de Acciones de Saneamiento Ambiental, ofrecidas a través de:

- a) Actividades generales al medio, a las viviendas, a establecimientos comerciales y a otros de interés sanitario.
- b) Actividades de atención y Orientación a manipuladores de alimentos.

Las actividades de atención al medio, vivienda y otros, están dados a través de acciones tales como:

- Inspecciones
- Disposición de Aguas Negras y servidas
- Disposición de excretas
- Disposición de basura
- Control de Roedores e Insectos
- Control de alimentos

- Aplicación de Encuestas
- Atención a las Escuelas

Las actividades de atención y orientación a Manipuladores de Alimentos, se realizan a través de adiestramientos a los mismos y extensión de certificados de salud.

La capacidad de resolución a los problemas de salud, presentados por los diferentes núcleos de población a lo largo y ancho de la Región Metropolitana de Salud, como vemos, se realiza en el Primer Nivel de Atención, a través de una amplia gama de servicios, los cuales para desarrollarse se complementan con la capacidad física instalada, la cual en la medida que evolucionan las necesidades y problema en salud, se hace más compleja al equiparse con tecnologías modernas y apropiadas al área donde está la instalación y a la capacidad del recurso humano.

Parte valiosa en el desarrollo y funciona-

lidad de los servicios que se ofrecen a la comunidad demandante, las constituye el recurso humano con que cuenta esta Región en la actualidad, el cual está representado por el 30% en recurso humano médico, el 41% en recurso humano paramédico y el 29% en recurso de tipo administrativo.

Importante también es resaltar, que para ampliar la cobertura a la comunidad en acciones preventivas que lleven al logro de la meta propuesta para el año "2,000", los servicios además de tecnificarse y especializarse, han ampliado su capacidad de atención, ofreciéndose diariamente y sin horarios pre-establecidos, lo cual permite un mayor acceso de población a los mismos. Existen algunas especialidades donde el recurso humano es escaso, por lo que lógicamente hay que planificarlo con horarios y días específicos, para permitir a éste, ofrecer atención en diferentes centros de salud, ampliando así la cobertura.

La Región Metropolitana para 1988, cuenta con un centro de salud por cada 37,462 habitantes, siendo su población total de 824,168 habitantes, ofreció 614,383 consultas de salud y morbilidad, dadas por médicos, enfermeras y técnicos, lo cual representa 1.3 consultas por cada habitante.

Sin lugar a dudas, la riqueza en recursos físicos y humanos con que cuenta esta región de salud del país, le permiten a través de la planificación en salud con enfoque de riesgo, mejorar la atención de los problemas en salud, de acuerdo a las necesidades de grupos específicos.

C.- SERVICIO DE ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA REGION METROPOLITANA:

C.1 Desarrollo y organización:

Al hablar de la evolución y organización de los Servicios de Enfermería en Salud Pública en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropoli-

tana, es importante resaltar algunos datos históricos, relacionados con el desarrollo de la Salud Pública en Panamá, Así tenemos, que desde el inicio de nuestra vida Republicana hasta la fecha, la Salud Pública ha pasado por varias etapas que le han permitido logros, hasta alcanzar los indicadores de Salud que hoy tenemos. Aspectos sobresalientes de cada etapa enunciaremos a continuación: De 1903 a 1913, se caracteriza el período por una ausencia casi total de labor organizada de la Medicina Preventiva y Salud Pública.

En la etapa de 1914 a 1929, se dan los primeros pasos hacia un período preventivo curativo, al iniciarse el saneamiento del suelo, se reorganiza la Escuela de Enfermería en el recién inaugurado Hospital Santo Tomás y se dan los pasos preliminares para la concientización sanitaria a lo largo del País.

De 1930 a 1943, ocurren acontecimientos importantes en el marco de la Salud Pública, ya que se inicia el desarrollo de Centros Locales de Salud Pública, llamados unidades sanitarias y se organiza un Cuer

po de Enfermería de Salud Pública, denominado **enfermeras visitadoras**. Se crean programas preventivos de más amplio alcance, al iniciarse el trabajo local de Salud en las unidades sanitarias; teniendo a la familia como célula social. Este avance, permite el establecimiento de la enfermera de Salud Pública en el nivel local, como eje de los programas que se implementan.

De 1944 a 1956, se inicia la consolidación de la Salud Pública dentro del engranaje gubernamental y se aprueba el Código Sanitario; pero aún existe una marcada separación entre la actividad preventiva y la curativa, al continuar dándosele mayor importancia a los programas netamente curativos.

Los servicios de Enfermería en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana, han evolucionado gradualmente, ampliando su marco de acción de tal forma, que de una atención con énfasis en el aspecto curativo en la década del 60, se pasa a una atención eminentemente preventiva a mediados de la década del 70, con la finalidad de dar respuesta a las políticas de Salud del país.

Para 1963, el Departamento de Salud Pública, actual Ministerio de Salud, contaba con 506 enfermeras, de las cuales, el 60.5% laboraban a nivel de Hospitales Nacionales; el 4.5 a nivel nacional en la sede, el 12.0 a nivel de la Región Central, el 6.7 a nivel de la Región Occidental y el 16.2 a nivel de la Región Oriental, de la cual formaba parte el Area Sanitaria de Panamá (actual Región Metropolitana) y otras tres áreas Sanitarias (Colón, Darién y Chorrera).

El resto del recurso humano, estaba distribuido proporcionalmente en forma similar al de Enfermería. Así podemos observar, que de un total de 1046 auxiliares de enfermería, el 63.3% laboran a nivel de Hospitales Nacionales y sólo el 11.7% ofrecía servicios a nivel de la Región Oriental. En cuanto al recurso-médico, de un total de 324, el 56.6% funcionaba a nivel de Hospitales Nacionales y sólo el 13.9% a nivel de la Región Oriental. Esta condición en la distribución del recurso humano, permite inferir, que la atención en salud para esta década, tenía un enfoque únicamente curativo, como hemos señalado anteriormente; pero

las necesidades y demandas de la población, fueron abriendo el camino hacia el desarrollo de una medicina preventiva con participación comunitaria y con un recurso humano más capacitado.

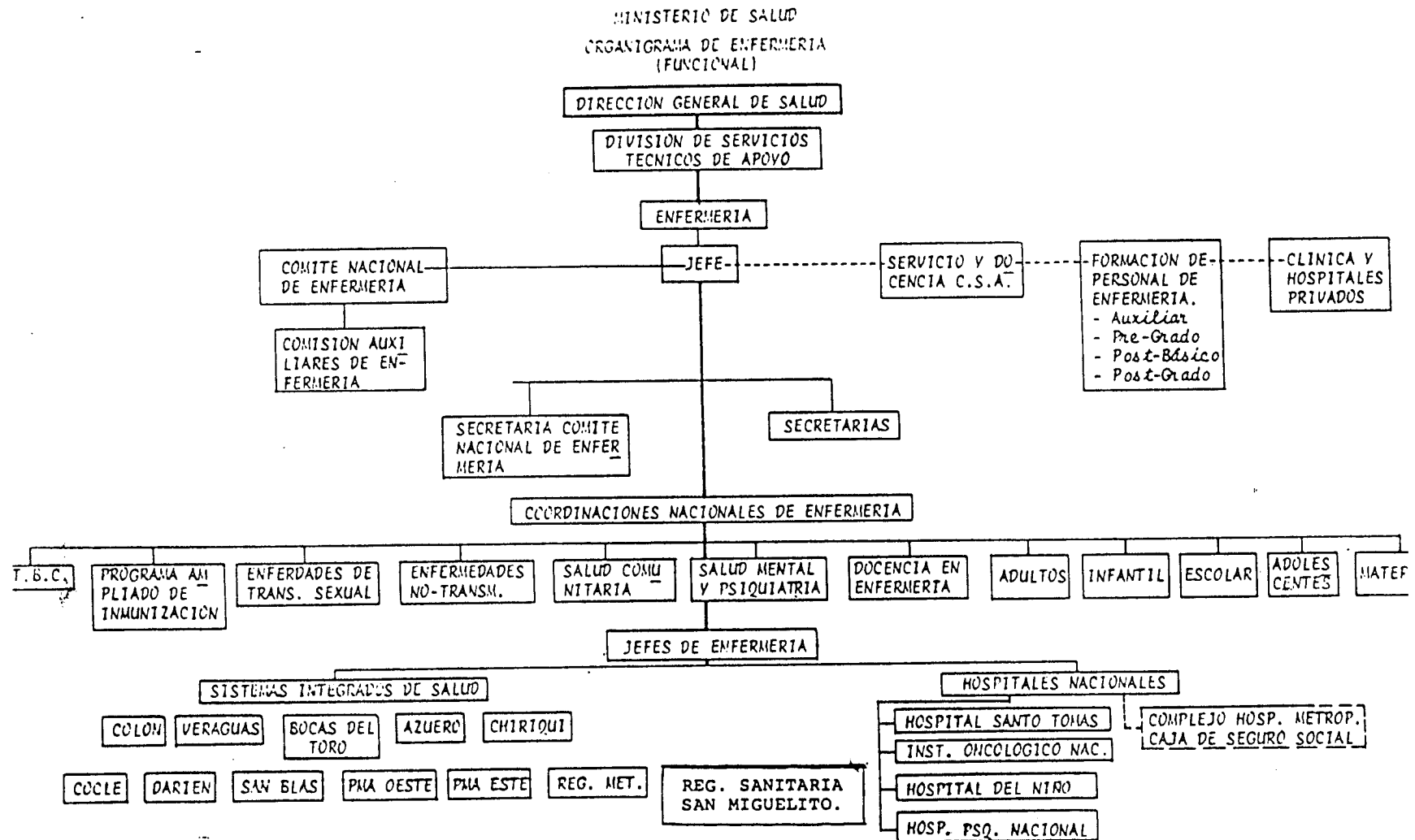
Durante esta década de los años 60, el Departamento de Enfermería de la Región Metropolitana no existía como tal, ya que pertenecía a la Región Oriental en donde había una Oficina de Enfermería con una sola enfermera en el Nivel Regional.

Al crearse la Región Metropolitana de Salud en 1971, se constituye el Departamento de Enfermería, con una enfermera Jefe en el Nivel Regional, la cual pertenecía a la Planilla del Hospital Santo Tomás y una enfermera encargada del Sub-Programa Infantil, que pertenecía al Hospital del Niño.

A medida que se organiza la estructura de enfermería a Nivel Nacional, el Departamento de Enfermería de la Región Metropolitana, amplía su capacidad de oferta para dar respuesta a cada uno de los programas que se desarrollan en los niveles locales.

El Sistema de Enfermería en Panamá, está integrado por el Sub-Sistema de Servicios y el Sub-Sistema de Docencia. Enfermería en la Región Metropolitana, depende del Sub-Sistema de Servicios de Enfermería a Nivel Nacional, el cual responde a la estructura y organización del Sistema de Salud del país, lo que le permite a Enfermería contar con servicios organizados en todos los niveles Administrativos y de atención del Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y en el Sector Privado. Además, cuenta con servicios de Enfermería en el Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y en algunas entidades estatales autónomas, correspondiendo en muchos de estos casos a enfermeras de la Región Metropolitana, ofrecer el servicio en estas dependencias. (Figura # 8).

En el Sub-Sistema de Servicios de Enfermería, la enfermera es responsable de ofrecer atención al individuo, familia y comunidad, realizando acciones orientadas a la prevención de la enfermedad, al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud, lo cual le permite contribuir a la solución de los problemas de salud de la población, ya que



enfermería define la organización de sus recursos en los distintos niveles de atención, de acuerdo a las actividades que deben realizar los integrantes de la profesión en los diferentes programas, teniendo siempre presente que ésta es una profesión dinámica, cuya práctica se encuentra en constante cambio, por lo que las enfermeras deben enfrentar el reto de asumir nuevos papeles, trabajar en instalaciones nuevas y diferentes y aceptar responsabilidades crecientes, que le permiten vigilar la salud en forma global.

A partir de la creación de la Región Metropolitana, la organización y estructura del Servicio de Enfermería en ésta, fue ampliándose y otorgando nuevas responsabilidades al equipo de Enfermería del Nivel Regional y es así, como actualmente la Sede de la Región cuenta con una Enfermera Administrativa, responsable de la Jefatura de Enfermería a Nivel Regional y tres Coordinadoras responsables de programas.

La Enfermera Jefe Regional, depende del Director Regional, recibe dirección Técnica especializada,

del Departamento de Enfermería del Ministerio, coordina con todos los departamentos y secciones Técnico-Administrativas de la Región, orienta y supervisa a las enfermeras de áreas y de otros niveles, siguiendo los conductos regulares.

Tanto la Enfermera Jefe como las Coordinadoras Regionales, mantienen coordinación permanente con la Dirección Médica y de Enfermería de los establecimientos de salud del Nivel Local en la Región y con otros entes involucrados en las acciones de Salud que se desarrollan a Nivel Comunitario.

A Nivel Local, los Centros de Salud en su estructura de Enfermería, inicialmente tuvieron como Enfermeras Jefes de la Unidad de Enfermería, a Enfermeras Jefes Iniciales y a Enfermeras Básicas encargadas. De 1971 a 1975, para resolver la demanda por parte de Enfermería en los Centros de Salud existentes, sólo se contaba con un promedio de 1 a 2 enfermeras por centro, mientras que el recurso auxiliar de enfermería, sólo era de 1 unidad por centro. De 1976 a 1980, se incrementó el número de enfermeras de 3 a 4 por Centro de Salud y

las auxiliares de 2 a 3 por Centros de Salud. De 1981 a 1988 el promedio de enfermeras y auxiliares de enfermería, fue de 3 a 4 unidades por Centro.

Durante el último decenio, la oferta del recurso humano Enfermería en la Región Metropolitana, mejoró tanto en su capacidad técnica-profesional, como en el número de unidades disponibles para ofrecer cobertura en el Primer Nivel de Atención.

El 90% de las Jefaturas de Centros de Salud, fueron ocupadas por Enfermeras Jefes Intermedias y para la atención de programas, se asignó a enfermeras con especialidad o con alguna capacitación, con la finalidad de ofrecer servicios cada vez más equitativos y con mayor eficacia y eficiencia social.

Las mejoras y ampliación en la capacidad física instalada que se han dado a través del tiempo en la Región Metropolitana, han permitido a la enfermera, lograr espacios físicos definidos dentro del establecimiento de salud en que labora, lo cual

le ofrece mejores perspectivas para la organización y funcionalidad de sus acciones, al igual que mayor privacidad en la atención del demandante; ya que en las décadas del 60 y 70, la enfermera no contaba con consultorio asignado para realizar su trabajo en forma organizada, debía esperar los espacios de tiempo que permanecía un consultorio desocupado entre un médico y otro, para ella ofrecer atención; en otras circunstancias, se hacía de un espacio en cualquier área del centro para realizar sus funciones, lo cual le impedía ofrecer un servicio de calidad, respetando la individualidad y valores humanos del cliente o paciente.

En la actualidad, en casi todos los Centros de Salud, la enfermera cuenta con espacios físicos definidos, los que le permiten organizar, programar y desarrollar actividades de acuerdo a sus horas disponibles, procurando mayor calidad y eficiencia en las acciones que realiza.

A través del tiempo, Enfermería ha logrado cambios significativos no sólo a Nivel Mundial, sino tam-

bién en nuestro país, lo cual ha permitido que en las regiones de salud, los Departamentos de Enfermería se desarrollen y organicen en la búsqueda continua de la optimización del servicio, que cada vez cobra mayor importancia en Salud Pública, dado que este recurso humano, se constituye en el eje y motor de las acciones a nivel comunitario, tendientes al logro de la meta "Salud para Todos en el Año 2000".

C.2 Descripción de los Servicios de Enfermería en el Primer Nivel de Atención:

La Enfermería en el primer Nivel de Atención, tiene una posición clave que le permite influir directamente en la salud de la comunidad, aplicando un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas a la promoción, prevención, restauración y conservación de la salud comunitaria.

En este campo de acción, el sujeto primario de su asistencia es la comunidad y los grupos dentro de ella, ya que éstos son unidades de trabajo a través de las cuales se logran niveles más altos de salud en la población.

La enfermera de Salud Comunitaria en el Primer Nivel de Atención, es responsable de la identificación de necesidades generales de salud en la comunidad y de conseguir que ésta participe en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población.

Además, la enfermera que labora en Salud Comunitaria, tiene como responsabilidad entre la gama de funciones que desempeña, el de vigilar la salud de la comunidad como un todo y determinar el impacto de sus acciones sobre grupos o conjuntos de grupos servidos, en relación con la comunidad total y su nivel de salud, integrando conceptos y métodos de las ciencias de la Salud Pública, con los de Enfermería y los de la Epidemiología, para diagnosticar las necesidades de los habitantes en su área de responsabilidad, ya sea urbana, o rural, lo cual le permite vigilar las tendencias de salud del grupo poblacional, e identificar a través del diagnóstico, grupos de riesgo y conjuntos de grupos de individuos que comparten las mismas necesidades de salud, las cuales influyen en el nivel de salud de la comunidad. Se proyecta a la comu-

nidad a través de actividades que conducen a la utilización de los recursos individuales y colectivos existentes y potenciales, para la solución de problemas prioritarios de salud y del medio ambiente.

Igualmente, su capacidad le permite planificar y ejecutar acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la Atención Primaria directa. Tiene la posibilidad de movilizar recursos individuales y colectivos de la comunidad, para ayudar a que ésta alcance mejores niveles de salud. Es amplio el campo de acción de la Enfermera en el Primer Nivel de Atención en la comunidad, pero es importante además, que pueda medir o determinar el impacto de sus acciones sobre la comunidad o sujeto de su atención, con la finalidad de conocer logros y limitantes que le permitan proyectar nuevas estrategias.

Teniendo como marco de referencia los conceptos de la práctica de Enfermería en Salud Comunitaria expuestos en los párrafos anteriores, se presenta a continuación la descripción de los servicios de

enfermería del Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana, basados en tres indicadores: capacidad, funciones asignadas y desempeño de las funciones.

- a) **Capacidad:** Para describir la oferta de servicios de enfermería en este nivel, se analiza la capacidad desde el punto de vista de resolución de las unidades productoras de servicios, entendiéndose ésta, como la organización según cantidad y estructura, la capacidad potencial de producción de servicios y la complejidad en los conocimientos técnicos y científicos.

La evaluación de los problemas de salud de la comunidad y las demandas por servicios de salud, han sido condicionantes importantes en el proceso de extensión de servicios de salud y en la capacidad operativa de los mismos, los cuales para dar respuesta a los criterios-compromisos establecidos en la Meta "SPT 2000" de equidad y eficiencia, han hecho necesario que el recurso humano y entre éstos el de En-

fermería como unidad productora de servicios en la Región Metropolitana, se incrementa y se capacita a medida que los avances científicos y tecnológicos evolucionan en respuesta a las necesidades y a las demandas por salud.

La descripción de los Servicios de Enfermería en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana, conduce inicialmente al análisis de la distribución de este recurso en todo el país. De allí que es importante señalar, que para 1986, existían en la República 2357 enfermeras, de las cuales el 81.8% laboraban en centros médicos integrados, hospitales y otras instituciones privadas, autónomas y semi-autónomas y el 18.2% laboraban en Centros de Salud y Policlínicas.

Para 1988, observamos que el número total de enfermeras en toda la República, se eleva a 2,514, encontrándose ubicadas en centros médicos y hospitales, el 66.0% de éstas, en centros de salud y policlínicas, el 19.3% y en otras instituciones privadas, el 14.7% de las

mismas. (Gráfica # 1 y 2).

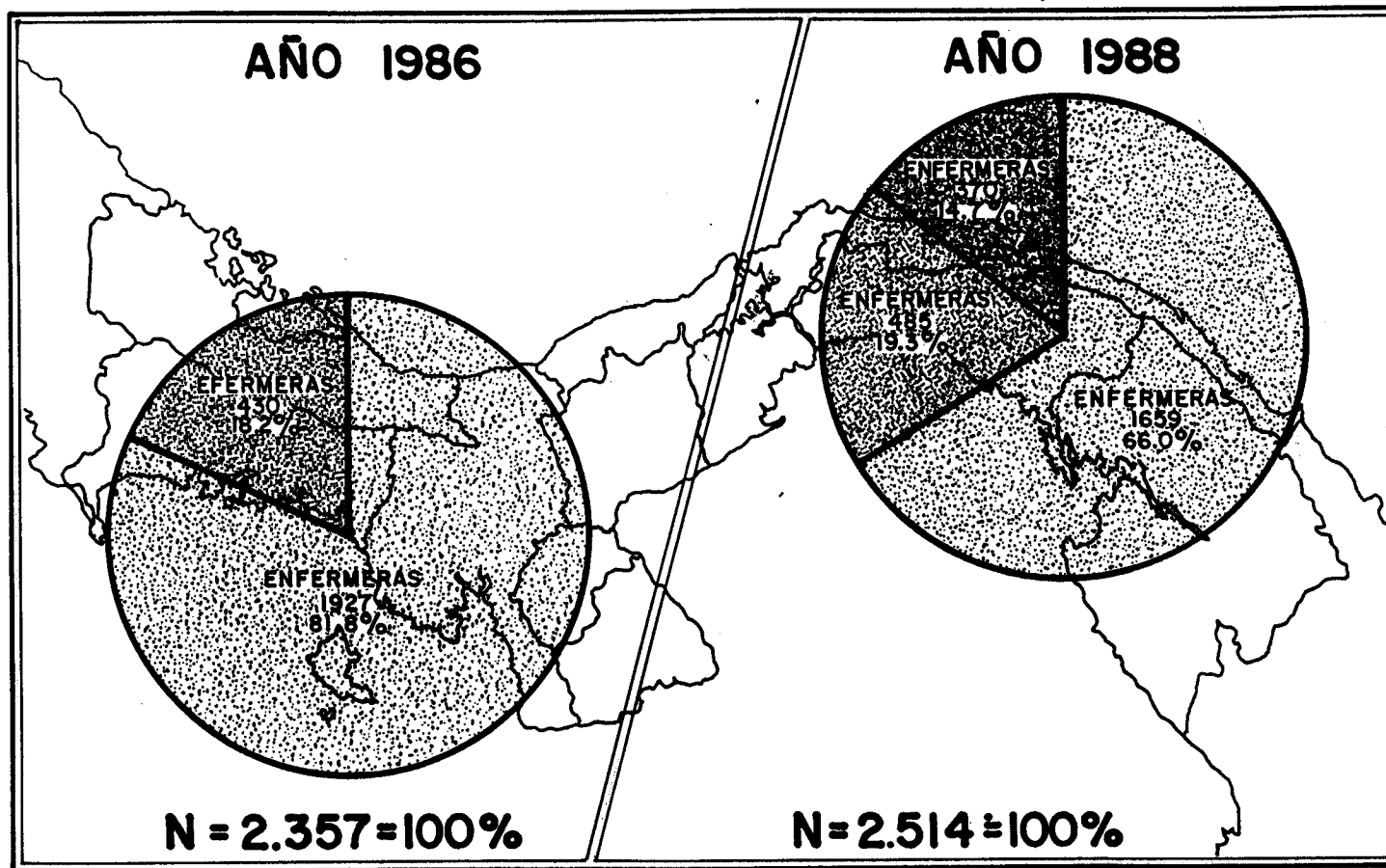
Esta desproporción en la distribución del recurso humano enfermera de acuerdo a niveles de atención, nos hablan de cuan distantes estamos aún de alcanzar la meta "SPT 2000" a través de la estrategia de "Atención Primaria", dado que la mayor proporción del recurso humano técnico y profesional laboran en un segundo y tercer nivel de atención, lo cual nos dice que a escasos 10 años de alcanzar la meta propuesta, continuamos con una medicina eminentemente curativa y tecnificada, en donde la medicina preventiva y la participación comunitaria, tienen todavía un vasto campo que explotar.

De igual forma, observamos que para 1986, del total de 430 enfermeras que laboraban en Centros de Salud y policlínicas de todo el país, el 53.3% estaban ubicadas en Centros de Salud y Policlínicas de la Región Metropolitana y el 46.7% en Centros de salud y policlínicas del resto del país, lo cual permite inferir,

AÑO 1986 Y 1988

GRAFICA No. 1

GRAFICA No. 2



Fuente: Estadísticas Paname-
ñas, Situación So-
cial. Contraloría
General de la Repú-
blica. 1986 - 1988



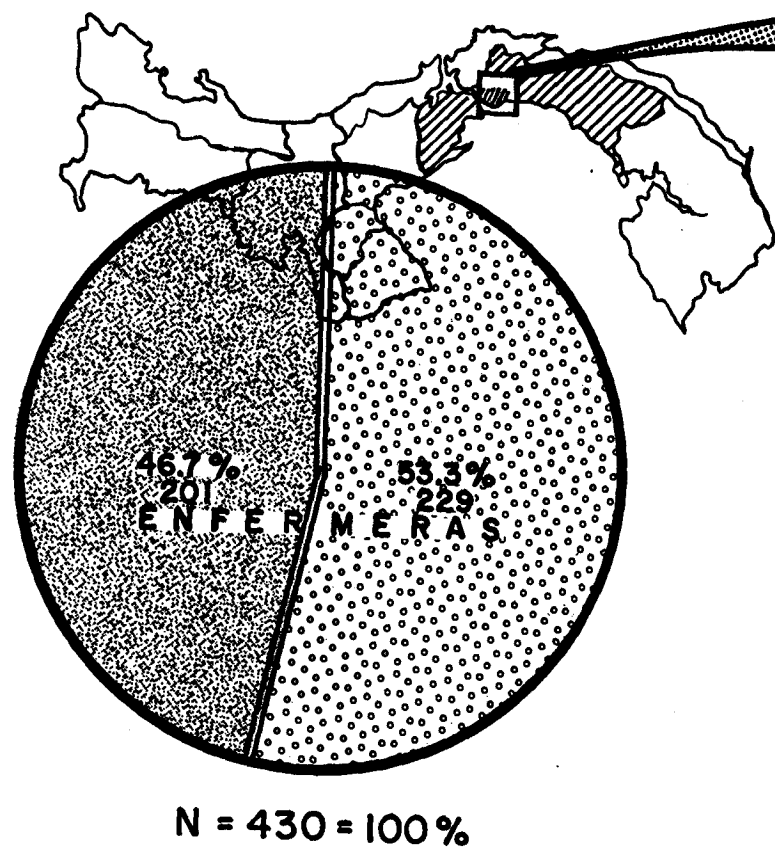
NUMERO DE ENFERMERAS EN CENTROS MEDICOS
INTEGRADOS Y HOSPITALES





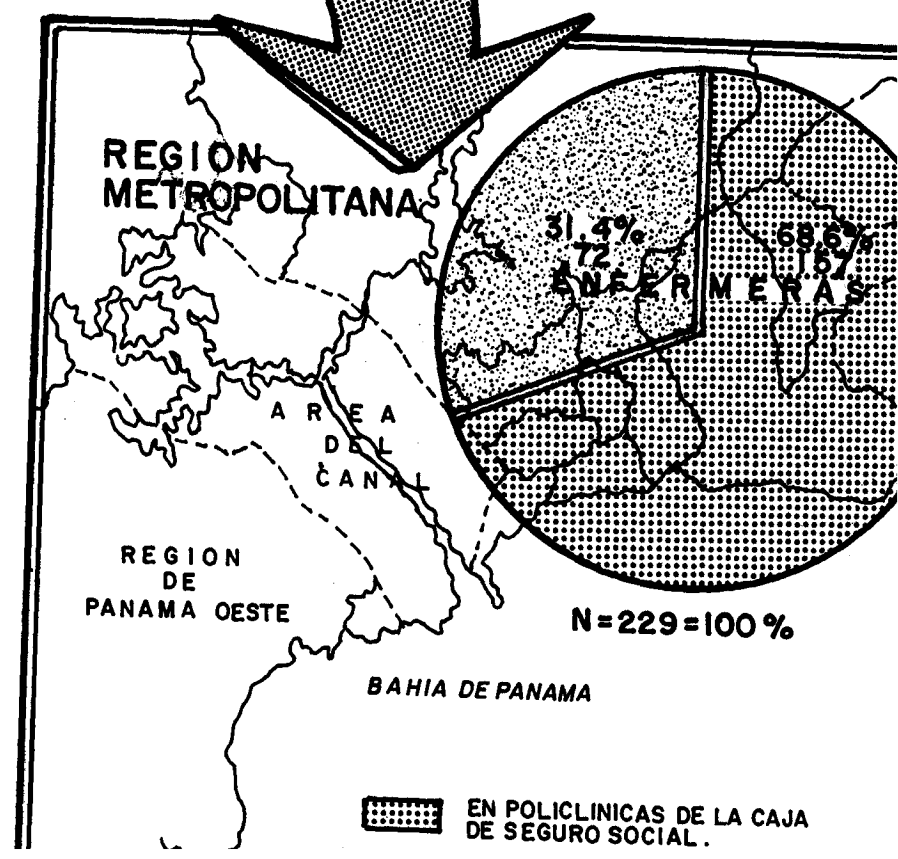
NUMERO DE ENFERMERAS EN CENTROS DE SALUD
Y POLICLINICAS

que el sentido de equidad que se espera alcanzar con la Meta "SPT 2000", mantiene aún una gran desigualdad, al observarse que en las comunidades más distantes de la urbe capitalina la distribución de recursos y servicios de salud es escasa. También es importante anotar, que del 53.3% de las enfermeras que laboran en el primer nivel de atención en la Región Metropolitana, el 68.6% están ubicadas a nivel de policlínicas de la Caja de Seguro Social y sólo el 31.4% a nivel de Centros de Salud. (Ver Gráfica # 3).

El recurso humano enfermera del Primer Nivel de Atención en Salud Pública en esta región, logró incrementos importantes desde la creación de la misma hasta 1982, en que se observó que comenzó a disminuir el mismo, ya que al analizar este incremento por quinquenio, encontramos que de 1973 a 1977 este recurso aumentó de 30 enfermeras a 50, lo cual representa un incremento del 66.6%; de 1977 a 1982 el número de enfermeras ascendió a 88, representando un incremento del 76.0%, pero de 1982 a 1987 disminuyó a 75, lo cual representa un decremento del 15.9%.



-  ENFERMERAS EN CENTROS DE SALUD Y POLICLINICAS DE LA REGION METROPOLITANA.
-  ENFERMERAS EN CENTROS DE SALUD Y POLICLINICAS DEL RESTO DEL PAIS.
- N = ENFERMERAS EN CENTROS Y POLICLINICAS DEL PAIS.



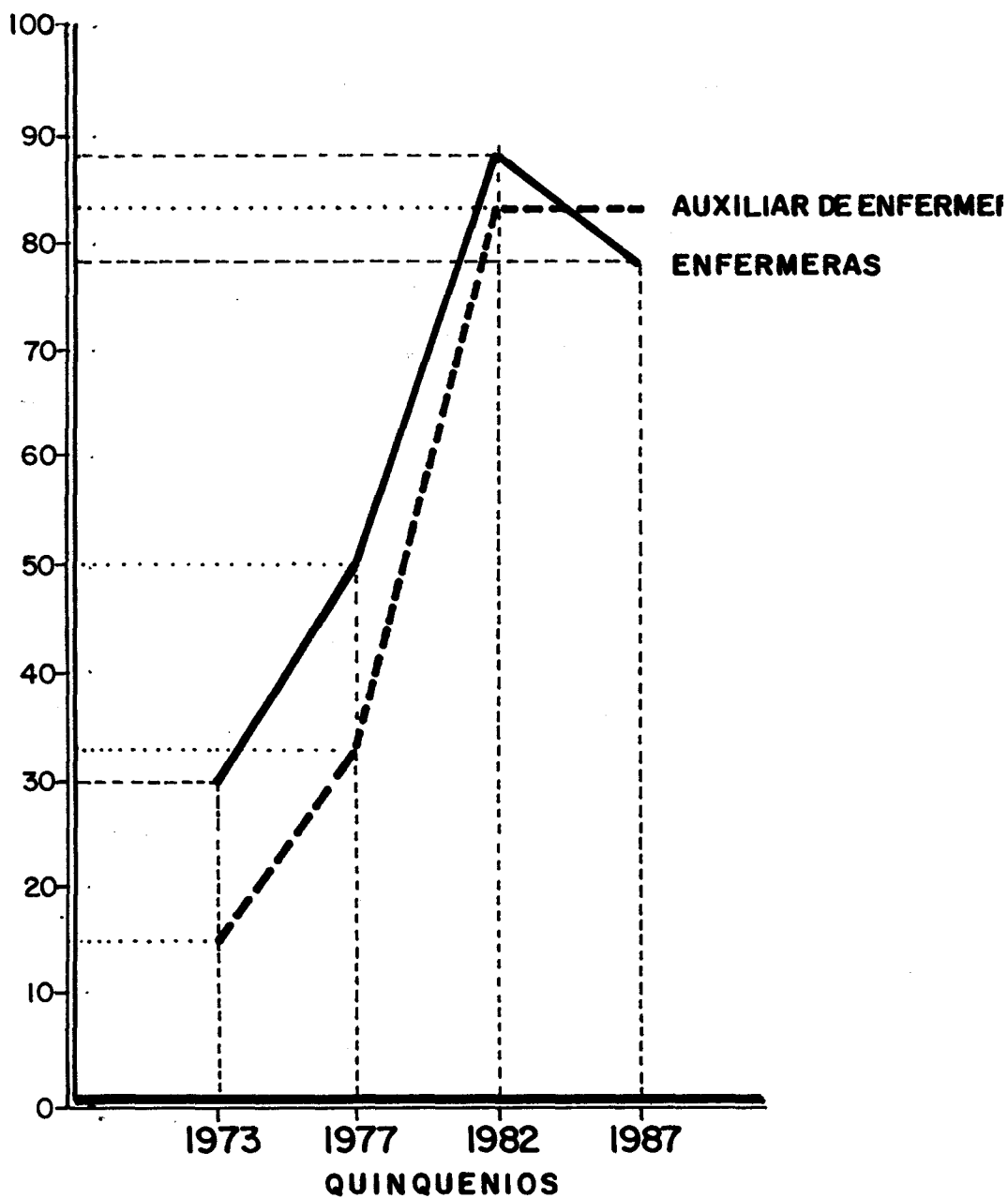
a 1987, este recurso disminuyó a 78 unidades, lo que representó un 11.4% de decrecimiento, que se mantuvo igual hasta 1988. Igual situación se observó con el recurso auxiliar de enfermería, el cual hasta 1984, logró aumentos considerables; pero para 1988 decreció en un 7.8% con respecto a 1984. (Ver Gráfica # 4).

Esta condición de disminución del recurso humano enfermería, repercute significativamente en los avances y logros de planes y programas en ejecución en las diferentes áreas de responsabilidad de las instalaciones de salud, ya que la enfermera tiene un amplio rol que desempeña a nivel comunitario como miembro del equipo multidisciplinario, en la búsqueda continua de estrategias para el logro de la Meta "SPT 2000".

A medida que la oferta de servicios de salud en la Región Metropolitana se amplía, la estructura funcional de enfermería evoluciona para dar respuesta a las demandas de la comunidad observándose así, que inicialmente las enfer-

ENFERMERIA EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD SEGUN QUINQUENIO: 1973 A 1987

UNIDADES



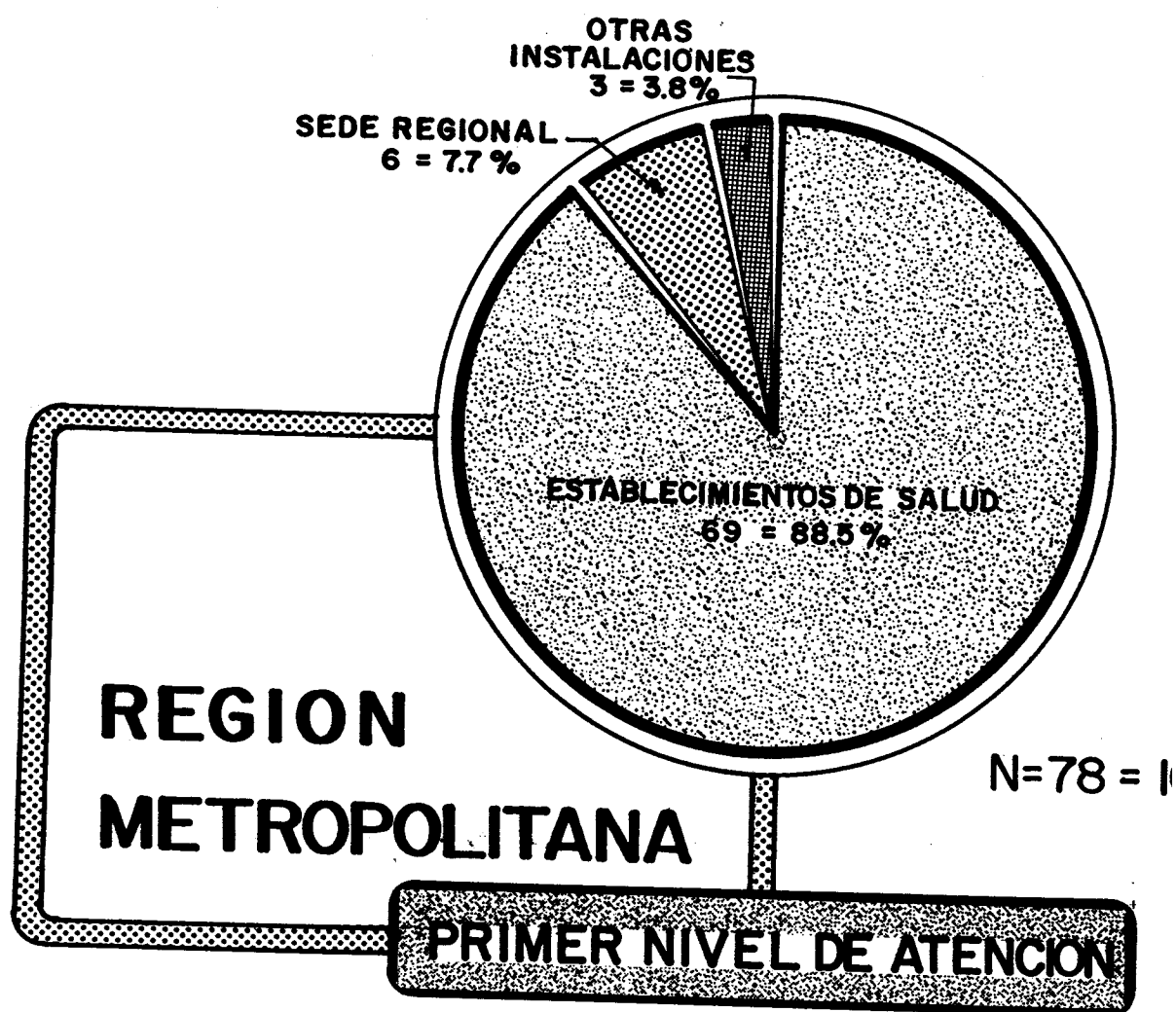
AÑOS	1973	1977	1982	1987
ENFERMERAS	30	50	88	78
AUX. DE ENF.	15	33	83	83

Fuente: Departamento de Estadísticas. Región Metropolitana de Salud.

meras en los Centros de Salud eran casi todas generalistas a excepción de algunas obstetras. Sin embargo, hoy día las necesidades y diversidad de problemas manifestados por la población, exigen de una enfermera con mayores conocimientos, más capacitada y virtualmente en mejores condiciones para aportar su participación decisiva y de la manera más eficaz al mejoramiento de la salud del individuo, familia y comunidad.

Con la finalidad de que la enfermera tenga las herramientas necesarias para afrontar las demandas de la comunidad y extender la cobertura de sus servicios en la Región Metropolitana de Salud, este recurso tanto el que labora a nivel regional, que representa el 7.7% del total para 1988, como el que labora a nivel local, que representa el 88.5% del total y el 3.8% ubicado en otras instituciones, (Ver Gráfica # 5) ha recibido capacitación tanto a nivel informal como a nivel formal, a través de cursos de post-grado, especialidades, maestrías, seminarios y otros cursos cortos, tal y como

DISTRIBUCION DE LAS ENFERMERAS DEL PRIMER NI
DE ATENCION EN SALUD PUBLICA, SEGUN NIVEL I
ASIGNACION EN LA REGION METROPOLITANA: AÑO 19



Fuente: Departamento de Estadística. Región Metropolitana de Salud.

lo podemos observar en el (Cuadro #1), donde se resaltan las áreas de asignación de las enfermeras que laboran en esta región y el tipo de especialidad o post-grado en que han sido capacitadas. De un total de 78 enfermeras, 65.4% tienen alguna especialidad y es así como el 19.2% son enfermeras pediátricas, el 32.1% enfermeras obstetras, el 11.5% enfermeras de salud mental, el 2.6% enfermeras de Salud Comunitaria y el 34.6% eran enfermeras generalistas. También es importante destacar que para 1988, del gran total de enfermeras que laboran en la Región Metropolitana en el Primer Nivel de Atención, sólo el 2.6% o sea 2 unidades, poseían Maestría en Salud Pública.

Es evidente que la enfermera que labora en el Primer Nivel de Atención en esta Región, está preparada para afrontar el reto de:

- 1.- "Reconocer que corresponde a Enfermería la responsabilidad de la prestación real y eficaz de servicios básicos de salud, que incluyen la prevención en sus tres niveles.

*DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMERAS
SEGUN ESPECIALIDAD Y AREA DE ASIGNACIÓN
EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD*
CUADRO # 1

ESPECIALIDAD	Nivel Regional		Nivel Local		Otras Instituciones		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pediatras	-	-	15	21.7	-	-	15	19.2
Obstetras	2	33.3	23	33.3	-	-	25	32.1
Salud Mental	1	16.7	8	11.6	-	-	9	11.5
Salud Comunitaria	-	-	2	3.0	-	-	2	2.6
Generalidades	3	50.0	21	30.4	3	100	27	34.6
TOTAL	6	100	69	100	3	100	78	100

Fuente: Depto. de Enfermería de la Región Metropolitana de Salud.

- 2.- Reconocer que los Servicios de Enfermería en conjunto con la comunidad y las instituciones de enseñanza, deben compartir la responsabilidad de seleccionar, preparar y utilizar adecuadamente los recursos tanto humano como materiales disponibles en salud.
- 3.- Reconocer la necesidad de reforzar los Servicios de Enfermería con grupos locales debidamente formados, que trabajen bajo la dirección y supervisión del personal de esta disciplina". (6)

Las condiciones anteriormente expuestas, pone de manifiesto que la enfermera en la Región Metropolitana, es poseedora de conocimientos profundos y destrezas complejas, que la capacitan para apartarse de los senderos tradicionales en la prestación de servicios, e ir en la búsqueda de nuevos caminos que conduzcan al logro de las metas de cobertura fijadas por los Ministros de Salud de las Américas.

Además, es importante señalar que la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Panamá, dentro de su curriculum de enseñanza,

(6) Organización Panamericana de la Salud.
ENSEÑANZA DE ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA.
Publicación Científica # 332, 1976, pág. 1

provee a la estudiante de enfermería, de los conocimientos necesarios que le permiten desarrollar acciones de Atención Primaria, a través de la planificación, ejecución y evaluación de acciones a nivel del individuo, familia y comunidad, dentro de los diferentes programas en orden de prioridad.

En cuanto a la capacidad se refiere, podemos concluir que la Enfermera de Salud Comunitaria en la Región Metropolitana, posee la capacidad potencial de producción de servicios y la complejidad en los conocimientos técnicos y científicos, para desempeñar importantes e innovadoras funciones, a través del proceso salud-enfermedad, el cual responde a múltiples factores condicionantes.

b) Funciones Asignadas:

Las enfermeras que laboran en Salud Comunitaria en esta Región, poseen las aptitudes, capacidades y conocimientos, que les permiten desempeñar en forma consciente y autorresponsable, una amplia gama de funciones asignadas, las cuales contribuyen a mejorar la calidad de los servicios y ase-

rar que la atención primaria ocupe el lugar que le corresponde en el sector salud.

Los avances en conocimientos y en tecnología permiten a la enfermera ampliar sus funciones de tal manera, que la apartan de la triple función tradicional, en donde en la jerarquía del Sistema oficial de Atención de Salud, la enfermera desempeñaba: funciones en relación con el paciente, funciones en relación con el médico y funciones en relación con el personal auxiliar.

El origen de esta triple función se remonta a la época de Florence Nightingale,

"en donde la enfermera quedaba definida más bien por su carácter, que por sus capacidades, siendo su modelo el tipo de señora victoriana de clase alta, en sus funciones de mujer, madre y ama de acas. Se consideraba entonces y en muchos países sigue considerándose, que en el desempeño de sus funciones, la enfermera debería aportar al paciente, el cariño desinteresado de la madre; al médico, la virtud conyugal de la obediencia y al personal auxiliar, la disciplina firme, pero justa del ama de casa". (7)

(7) Morrow, Helga. LAS ENFERMERAS, LA ENFERMERIA Y LA CONDICION FEMENINA. Crónica de la OMS, vol40, #6, pág.239

Esta triple función tradicional de la enfermera ha evolucionado, ya que la enfermería es profesión dinámica, que se perfecciona y amplía su radio de acción, de acuerdo a las necesidades y demandas de la población y de acuerdo a las políticas de salud establecidas en el país.

Teniendo como base la amplia gama de funciones que la enfermera es capaz de desarrollar en Primer Nivel de Atención, se describe a continuación el perfil ocupacional de Enfermería en Panamá, adoptado en Septiembre de 1985.

Intervención de Enfermería en la Atención de Salud.-

I.- "A nivel de Comunidad":

1.- Realizar diagnósticos socio-epidemiológicos en su área de responsabilidad:

- población y estructura
- problemas de salud
- recursos de la comunidad: insti-

tucionales, líderes y otros.

- saneamiento del medio
- conductas o costumbres en relación a salud
- producción agropecuaria, industrias etc.
- situación geográfica y acceso a los servicios de salud.

2.- Mantener vigilancia epidemiológica de la población.

- aplicar instrumentos para recolección de información de hechos vitales, en el Primer Nivel de Atención
- analizar información recolectada
- evaluar instrumentos y proponer modificación.
- tomar medidas inmediatas según la norma, e informar a los niveles respectivos.

3.- Promover la participación comunitaria en las actividades de salud:

- desarrollar programas de capacitaci

al individuo para cuidar de la salud y ejercer autocuidado en situaciones de enfermedad.

- capacitar a la comunidad, con otras disciplinas y sectores, para el desarrollo integral.

4.- Coordinar sus acciones con otras agencias y organizaciones de la comunidad:

- identificar agencias y organizaciones de la comunidad.
- promover a nivel de instituciones y otras agencias, acciones orientadas a mejorar el nivel de vida de la población.
- involucrar a maestros y otros agentes comunitarios en acciones de promoción de la salud, detección de problemas de salud y atención de los primeros auxilios.

5.- Integrar acciones con el equipo de salud y la comunidad para mejorar las condiciones del medio ambiente:

- Realizar acciones de programación y educación, orientadas a: la importancia del agua potable y su utilización, conservación de pozos y bombas, utilización y conservación de letrinas, mejoramiento de la vivienda, control de alimentos, eliminación de basura, control de insectos y roedores.
- Orientar a la comunidad, cómo utilizar los recursos para solucionar problemas de saneamiento.
- Referir a Saneamiento Ambiental situaciones que requieran su intervención.

II.-En la atención materno-infantil:

1.- Evaluar la problemática de salud materno-infantil:

- tasas de morbi-mortalidad
- tasas de natalidad y fecundidad
- causas de morbi-mortalidad
- grupos de familias en riesgo
- cobertura de atención

2.- Diseñar y desarrollar programas educativos a nivel de individuo, familia y comunidad, en relación a:

- promoción del control prenatal
- captación precoz de la prenatal par control
- cuidados durante el período prenatal
- alimentación de la prenatal
- atención del parto

3.- Realizar examen físico y ginecológico a la prenatal:

- identificar riesgos perinatales
- indicar exámenes de laboratorio e inmunizaciones
- hacer referencia del alto riesgo
- dar orientación sobre cuidados de l embarazada y atención del parto
- dar orientación sobre cuidados del hogar, en casos de problemas durante el embarazo.

4.- Planificar, realizar u orientar a otros

agentes para la intervención de Enfermería en el hogar, en casos de complicaciones durante el embarazo.

5.- Realizar examen físico de la puérpera en consulta externa:

- Identificar complicaciones durante el puerperio y referir a otros niveles de atención en caso necesario.
- Planificar y desarrollar programas educativos sobre cuidados de la puérpera y del niño en el hogar.

6.- Planificar y desarrollar programas educativos sobre planificación familiar:

- paternidad responsable
- riesgos de la multiparidad y según edad de la mujer.
- métodos de planificación familiar.

7.- Atender usuarios en clínicas de planificación familiar:

- orientar al individuo y familia sobre método anticonceptivo , de acuerdo

do con cada situación.

- aplicar métodos anticonceptivos
- realizar control de usuarias u orientar al auxiliar para realizar controles, según normas.

8.- Realizar acciones orientadas a prevenir el cáncer cérvico-uterino y de la mama:

- promover el control periódico de la mujer para la prueba de Papanicolau.
- tomar citología.
- enseñar a la población femenina, a realizarse examen de las mamas.
- hacer referencias y seguimiento en casos positivos.

9.- Controlar parteras empíricas de la comunidad:

- realizar acciones en la comunidad orientadas a captar parteras empíricas.
- adiestrar parteras empíricas.
- establecer sistema para seguimiento y supervisión de las parteras empí-

ricas adiestradas.

- dar seguimiento a parteras empírica adiestradas
- establecer sistema para registrar actividades de las parteras empíricas.
- analizar registro de actividad de parteras.
- establecer sistema de referencia de casos atendidos por parteras.

10.- Planificar y desarrollar programas educativos a nivel de las instituciones de salud, comunidad y otras organizaciones, con el fin de promover la inscripción de niño de 0-5 años, para el control de salud.

11.- Realizar control de crecimiento y desarrollo psicomotor del niño de 0-5 años:

- valorar el estado nutricional del niño de 0-5 años.
- clasificar el estado nutricional de niño de 0-5 años.

- promover la lactancia materna
- indicar alimentación de acuerdo con su edad.
- orientar a la madre sobre estimulación precoz, introducción de hábitos higiénicos y prevención de accidentes.
- hacer referencia en casos de niños con problemas.

12.- Realizar programas de inmunizaciones, en su área de responsabilidad:

- Planificar y desarrollar programas educativos para promover la inmunización del niño de 0-5 años, con énfasis en el menor de un año.
- Supervisar la conservación de la vacuna (cadena de frío).
- aplicar vacunas
- dar seguimiento a los casos que no han completado la vacunación.
- registrar y orientar sobre el registro de inmunizaciones.
- evaluar la cobertura lograda de in-

munizaciones

- identificar necesidades de biológicos y proveer su existencia.

13.- Mantener vigilancia epidemiológica del estado nutricional de los grupos vulnerables:

- identificar grupos prioritarios en la comunidad.
- establecer medidas de control y tratamiento del desnutrido.
- dar seguimiento al desnutrido.

14.- Planificar y desarrollar programas educativos a nivel de la familia y comunidad, orientados a la prevención y control de las enfermedades prevalentes en el medio.

- prevención y control de la desnutrición.
- prevención y control de diarreas
- importancia de la rehidratación oral
- prevención y control de enfermedades de las vías respiratorias.
- prevención de accidentes.

- enfermedades propias de la primera infancia.
- identificación de problemas de conductas en el niño y medidas a tomar

15.- Planificar y desarrollar programas en escuelas con el fin de orientar a maestros sobre:

- importancia de introducir en los programas escolares temas de salud.
- detección de signos y síntomas de patologías prevalentes.
- detección de defectos físicos
- prevención de accidentes
- prevención y control de enfermedades transmisibles prevalentes.
- atención de primeros auxilios
- prevención y control de caries
- identificación de problemas de conductas del escolar y medidas a tomar

16.- Realizar inmunizaciones a la población escolar según normas.

17.- Aplicar medidas en las escuelas de prevención y control en caso de:

- pediculosis, parasitismo intestinal
- enfermedades infecciosas, eruptivas
- infecciones de la piel.

18.- Atender patologías prevalentes en el medio:

- orientar a la madre sobre cuidados del niño enfermo en el hogar.
- aplicar tratamientos
- hacer referencia en caso necesario.

19.- Coordinar con otras disciplinas o instituciones en caso de:

- tratamientos especiales
- niños abandonados
- continuidad en los tratamientos

III.-En la atención del adolescente, del adulto y otros grupos prioritarios.-

1.- Evaluar la problemática de salud del adolescente, en su área de responsabilidad:

- población de adolescentes

- problema de salud física, mental y social del adolescente.
- recursos comunitarios para la atención del adolescente (recreativos, asociaciones y de salud).

2.- Diseñar y desarrollar programas educativos a nivel de la familia, escuelas y comunidad para orientar sobre:

- evolución psico-social durante el período de la adolescencia.
- conductas del adolescente
- influencia del medio ambiente, familiar, escolar y de la comunidad, en el comportamiento del adolescente.
- crisis de adolescente
- educación sexual.

3.- Planificar y desarrollar programas de prevención y control individual o de grupos de adolescentes con problemas de conducta:

- identificar problema de individuos o grupos.
- realizar con otras disciplinas acciones

para orientar a adolescentes con problemas.

- orientar a la familia sobre el manejo del adolescente con problemas.
- referir a otros profesionales o nivel de atención en caso necesario.

4.- Integrar sus acciones con el equipo de salud y comunidad con el fin de mejorar condiciones ambientales que inciden en la salud del adolescente:

- orientar a otras disciplinas y comunidad sobre factores ambientales que afectan la salud de la comunidad.
- promover la creación de centros recreativos, educacionales, de orientación y otros que contribuyan a la adaptación del adolescente.

5.- Evaluar el estado de la población de 15 años y más, en su área de responsabilidad:

- analizar causas de morbi-mortalidad, por grupos de edad y situación de trabajo.

- identificar grupos prioritarios en riesgo.

6.- Diseñar y desarrollar programas para orientar al individuo, familia y comunidad, en relación a:

- medidas de prevención y control de las enfermedades prevalentes físicas y mentales.
- signos y síntomas de enfermedades prevalentes y medidas a seguir.
- importancia del control precoz de las enfermedades crónicas y agudas.

7.- Planificar y desarrollar con otras disciplinas programas para realizar el diagnóstico precoz y el control de las enfermedades crónicas prevalentes:

- dar seguimientos a pacientes crónicos
- orientar al individuo y familia sobre cuidados del paciente crónico en el hogar
- hacer referencia a otros niveles de atención y otras instituciones en caso necesario.

8.- Planificar y desarrollar con otras disciplinas programas de prevención y control de enfermedades transmisibles prevalentes:

- orientar al individuo, familia y comunidad, sobre signos y síntomas de las enfermedades transmisibles prevalentes y medidas a tomar.
- identificar contactos y hacer seguimiento del paciente y de los contactos.
- orientar al individuo, familia y comunidad, sobre tratamiento y desinfección concurrente en el hogar.

9.- Realizar atención de Enfermería al minusválido y personas en la tercera edad:

- identificar población de minusválidos en la tercera edad, en su área de responsabilidad.
- coordinar con otras disciplinas y organizaciones comunitarias la atención de estos grupos.
- enseñar a la familia y comunidad, los cuidados del minusválido y de las personas en la tercera edad en el hogar.

- preparar personal comunitario para colaborar en la atención de estos grupos de la población.

10.- Desarrollar programas para la atención de los trabajadores:

- identificar grupos de trabajadores en riesgo.
- promover con personal de saneamiento, el mejoramiento del ambiente físico en el trabajo.
- planificar y desarrollar programas educativos orientados a la prevención de accidentes y riesgos en el trabajo.
- orientar al trabajador sobre signos y síntomas de enfermedades prevalentes y medidas a tomar.
- referir a exámenes en caso necesario.

11.- Atender emergencias médico-quirúrgicas:

- dar primeros auxilios en casos de emergencias médico-quirúrgicas y hacer referencias a otros niveles de atención, en caso necesario.

- capacitar a grupos comunitarios para proporcionar primeros auxilios.

12.- Realizar atención de enfermería al adulto en situaciones de crisis emocionales:

- identificar alteraciones de la conducta del individuo.
- analizar causas de las alteraciones de la conducta.
- planificar y realizar con la familia, la intervención de enfermería en casos de crisis.
- hacer referencias en caso necesario.
- coordinar con otras instituciones de la comunidad para la atención de individuos con alteraciones de la conducta". (8)

Como observamos en lo anteriormente expuesto, el rol actual de la enfermera, le permite intervenir a través de diversas acciones en diferentes programas, centrando su atención en las necesidades del cliente, familia y comunidad, apoyada en su

(8) Panamá, Ministerio de Salud. **SISTEMA DE ENFERMERIA Y PERFIL OCUPACIONAL DE LA ENFERMERIA EN PANAMA.** Departamento de Enfermería 1985. págs. 5-14

propia capacidad para participar activa y conscientemente en la solución de problemas.

C.- DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES:

El desempeño de las funciones, implica cumplir con el desarrollo de acciones inherentes a una profesión, cargo u oficio; pero la ejecución de éstas depende en gran medida, del recurso disponible, la capacidad técnica y administrativa del recurso y de la organización funcional de los servicios.

Estos factores que intervienen en el desempeño de las funciones, han sido descritos y analizados en los puntos anteriores, llevándonos a la conclusión de que las enfermeras en la Región Metropolitana están en capacidad de desempeñar las funciones a ellas asignadas.

Sin embargo, consideramos que muchas de las funciones que le competen, no están siendo abordadas en forma eficaz y eficiente, debido tal vez, a que ocupa gran parte de su tiempo en otras, que pueden ser re-asignadas o delegadas a otros miembros del equipo de salud. Además, su intervención en el

amplio campo de acción que tiene por delante, se ve limitada tal vez, debido a que necesita de algunos elementos de juicio, que le otorga la investigación, y éste es un campo aún poco explotado por Enfermería. Igualmente importante, resulta el enfoque epidemiológico al planificar acciones para el desempeño de las funciones, dado que este enfoque, permite una percepción global de los problemas de salud, enfatizando los grupos de mayor vulnerabilidad y alto riesgo; por lo que creemos que la enfermera necesita capacitación con enfoque epidemiológico de los problemas de salud, lo cual le permitirá un mejor desempeño.

Con la finalidad de poder describir en forma objetiva, todo lo referente al desempeño de las funciones de la Enfermera en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana, no continuaremos analizando este aspecto bajo supuestos, ya que en el Capítulo III, describiremos y analizaremos los datos obtenidos a través del instrumento utilizado en la investigación, los cuales evidencian el desempeño de las funciones de la enfermera en esta región.

CAPITULO II
DEMANDA Y OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA,
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA
REGION METROPOLITANA

DEMANDA Y OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA REGION METROPOLITANA

Para analizar la demanda y oferta de los Servicios de Salud, es necesario tener clara su relación en la economía nacional, así como también, la situación organizativa y funcional del mercado de atención de salud.

Las modalidades prevalescentes en los últimos tiempo en lo relativo al Sector Salud, han llevado al mismo a una situación extremadamente difícil, retardando la determinación de fórmulas que permitan renovar el proceso de expansión de la oferta de los servicios de salud, indispensable para disminuir el atraso y la pobreza de la población y el resurgimiento de sus bases productivas.

Las restricciones económicas recientes, han restado dinámica a las Políticas de Salud que siempre se asociaban a cumplimiento de las metas de crecimiento, empleo y desarrollo social, limitando también el acceso a los mercados y afectando nuestras corrientes financieras.

Respecto a la situación social, se ha hecho imprescindible re-evaluar las estrategias de desarrollo para activa

la búsqueda de otros modelos que dinamicen el crecimiento económico, sin desatender las demandas sociales, incluyendo las áreas de la salud. La crisis económica no solamente ha causado detrimento del bienestar a vastos sectores de la población, sino que también, ha limitado los recursos necesarios para la generación de la oferta de los servicios de salud. En el Sector Salud, estas condiciones económicas, inciden en serias limitaciones de inversiones de capital para áreas fundamentales como el Saneamiento básico, el mantenimiento y el reemplazo o creación de instalaciones mínimas necesarias para la atención de poblaciones marginadas. Además, existen serias limitaciones en los gastos que afectan el normal funcionamiento de la oferta de los servicios a través de los programas de salud, al igual que la atención de la demanda prevalente en la Región, la cual se afecta con restricciones que impiden favorecer la gestión administrativa del sector, la capacitación y el desarrollo del personal

Consecuentemente, las situaciones anteriores, han agravado el cuadro de desigualdad del acceso de la demanda a los servicios de salud, ya que existe una pequeña masa de la población con altos niveles de ingreso, que tienen acceso a todas las posibilidades de consumo en el mercado de atención de salud, sin embargo, los trabajadores urbanos y semi-urba-

nos, logran un nivel intermedio de acceso al esquema mixto de recursos del Estado, entre éstos: el Gobierno Central y la Caja de Seguro Social y por otra dirección, al Sector Privado.

Finalmente, existe una gran masa de población del sector informal, desplazados y marginados, que representan demandas de servicios de salud y que están en situación de pobreza extrema, cuyos bajos niveles de ingresos aumentan sus riesgos de enfermar y morir y cuyas necesidades básicas, incluyendo los servicios de salud, deben ser resueltos por los sistemas de atención del Estado, cuya oferta por su parte, es cada vez más insuficiente, tanto en calidad como en cantidad, para atender las demandas crecientes de salud.

La teoría económica, establece que la demanda por cualquier bien o servicio, surge del nivel de ingreso que los Consumidores tienen disponible para gastar en un momento dado, de los precios que deben pagar y de sus gustos o deseos expresados en una función de utilidad. Esta validación teórica, nos permite enfatizar cuatro aspectos importantes en lo que a Demanda se plantea:

1° Es el mismo consumidor quien decide lo que quiere.

- 2° En circunstancias médicamente idénticas, personas diferentes pueden tener demandas diferentes.
- 3° La demanda a diferencia de la necesidad, depende del ingreso y se refiere no solamente, a lo que uno le gustaría tener, sino también, a lo que uno puede pagar.
- 4° La demanda depende de los precios, no sólo porque lo que uno paga por un bien o servicio reduce la disponibilidad para otros bienes, sino también, porque es relativamente obvio el efecto ingreso, al aumentar y bajar un precio, debido a que generalmente se produce un efecto de sustitución, al afectarse el costo relativo de diferentes renglones del presupuesto del consumidor. El precio incluye en salud, tanto el tiempo de los viajes para obtener el servicio, como la espera en los Consultorios, el tiempo necesario para recobrase después del tratamiento, así como también el gasto monetario, que probablemente influye en la merma o pérdida del ingreso personal, debido a la incapacidad en el trabajo.

Es en función del ingreso y de los precios, que la Salud Pública y específicamente en el Primer Nivel de

Atención, está básicamente subsidiada por el Sector Público, brindándosele al paciente servicios de salud en forma literalmente gratuita, en lo que se refiere al costo monetario.

Otro aspecto importante a destacar, es la característica del mercado de la salud respecto a los demás mercados de bienes y servicios, en el sentido de que gran parte de la demanda, al menos la inicial, es inducida por la oferta, al ser el médico y no el paciente, quien decide qué medicinas, exámenes o tratamientos requiere. Posteriormente será el paciente quien decidirá plantear la demanda y consultará al médico.

Agregada a la demanda espontánea de las personas y a la demanda inducida, se observa también una demanda potencial, referente a la expectativa por parte de la comunidad, con respecto a qué facilidades de atención médica se requieren y qué servicios deberían proveerse por un lado; por otro, se puede determinar que las demandas por salud de los consumidores (pacientes), no siempre pueden considerarse como necesidades sentidas, debido a la influencia de la publicidad, la crítica positiva y la crítica negativa a la oferta.

Por otro lado,

"la oferta en teoría económica, se expresa en la cantidad de bienes o servicios que pueden ser vendidos o intercambiados a los diferentes precios del mercado, por un individuo o por el conjunto de individuos de la sociedad". (9)

La oferta depende de la escasez, de la misma forma en que la demanda depende de la utilidad y de ahí que la escasez es un concepto más difícil de discutir que la utilidad, ya que evidentemente, es un término relativo y no absoluto.

Mientras que es relativamente fácil decir si un bien es o no útil, no puede decirse si un bien o servicio es económicamente escaso, excepto en relación con su demanda. La escasez siempre se refiere a escasez respecto a la demanda.

En salud, al tratar el concepto oferta, estamos ante una relación dinámica en la que intervienen por una parte, las necesidades y aspiraciones de la población, expresadas por la demanda de servicios y por la otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas que configuran la oferta para satisfacer esa demanda.

(9) Stonier, Alfred W. Hague, Douglas C. **MANUAL DE TEORIA ECONOMICA**. 1ra. Edición. Londres 1960. pág. 26

Así expresada, la oferta de servicios de salud, es el conjunto de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos, que a un costo determinado, están dispuestos para atender la demanda por servicios de salud, generada por un individuo o un grupo de individuos.

"Existe una relación estrecha entre el concepto de oferta de servicios de salud y la cobertura de salud. Esta última, es producto de que el Sistema de Salud disponga de un nivel oferta eficaz y sistematizada de los servicios de atención, capaz de satisfacer las necesidades de toda la población en su área de responsabilidad, de que se provea en forma continua en lugares accesibles y de manera aceptable, garantizando el acceso de la demanda a los distintos niveles de atención del sistema de salud correspondiente". (10)

A partir de este enfoque, se infiere que la oferta de servicios de salud en un nivel de atención cualquiera, debe satisfacer la demanda cuantitativa y cualitativamente, es decir que:

"en un primer momento deben atenderse todas las solicitudes de atención y luego deben satisfacer las necesidades motivadoras de la demanda, si es posible en ese mismo nivel de atención". (11)

(10) Oficina Sanitaria Panamericana. **NIVELES DE ATENCION.** Documento Oficial # 145, 1977, pág. 23

(11) Simeat, Silvere: **CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA DEMANDA ATENCION DE MORBILIDAD A NIVEL PRIMARIO.** Chile, 1981 Boletín OPS, Vol. 97, # 2, 1984, pág. 127

Un aspecto cuantitativo de la demanda, se refiere al volumen de la misma, el cual por su carácter dinámico, var en el tiempo y en el espacio y para que la oferta de servicios de salud logre satisfacerla, requiere una adecuada dotación de recursos humanos por un lado y por el otro, la ubicación óptima de los establecimientos de atención. Desde el punto de vista cualitativo de la demanda, hay que tomar en cuenta la variación en la estructura de la misma, la cual está determinada a su vez, por la etiología de la necesidad que motiva la demanda. Este aspecto cualitativo de la demanda, produce en la oferta de servicios de salud, la necesidad básica de analizar la composición de la demanda según etiología y complejidad, a fin de determinar a su vez, el nivel de complejidad de los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para brindar constantemente la respuesta diagnóstico-terapéutica, que la demanda plantea.

"Pero las demandas de cambio no son exclusivamente cuantitativas. El cambio en las estructuras de morbilidad y mortalidad, las diferentes demandas de la patología perinatal, la salud del adolescente y el trabajador, el aumento de los grupos de población adulta y de mayor edad, sumados a los procesos de urbanización acelerada y desordenada y a los cambios en los niveles de capacidad financiera y económica y la oferta de nuevas tecnologías, exigen también,

cambios cualitativos en la manera de operar y organizar el sistema de salud". (12)

Sin embargo, a pesar de estos factores de carácter técnico ya expresados, se experimenta una realidad en el contexto socio-económico y político, que afecta directamente la demanda y oferta de los servicios de salud en cualquier nivel de atención. En cuanto a la distribución de los recursos, la mayor parte se sigue concentrando en las grandes aglomeraciones urbanas y una porción importante del gasto en tecnología de salud, se concentra para disponibilidad de grupos en capacidad de pago, dejando sin otorgar cobertura a una amplia mayoría de la población. En relación con las tecnologías que constituyen la oferta, en la última década y a partir de la definición de la estrategia de atención primaria, se reconoció que la aplicación de las mismas sin adaptarlas a las necesidades, estilos de vida de la población y sus niveles socioculturales, ha conducido al Sistema de Salud, hacia niveles de ineficiencia e inequidad.

Transcurrido el tiempo, los cambios logrados, a pesar de representar importantes avances, no han logrado influir en forma adecuada, en la oferta de los servicios para aten-

(12) Oficina Sanitaria Panamericana. **DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD.** Documento C.D. 33. Agosto, 1988. Pág. 12

der los problemas de salud presentes.

En la Región Metropolitana de Salud, al medir su oferta en Servicios de salud en el Primer Nivel de Atención, debemos considerar en primera instancia, su capacidad física, instalada en veintidos (22) establecimientos de salud, dispersos en su área de responsabilidad de cobertura, cuya disponibilidad es de 457 cubículos para atención médica y de asistencia de salud directa, así como también, otros espacios físicos para acciones de salud del medio ambiente y educación de salud.

Otro componente importante de esta oferta, lo es el recurso humano, constituido por profesionales de la medicina y áreas afines, apoyados en su gestión de diagnóstico y tratamiento; por otros recursos del área logística y administrativa, considerados todos ellos, como el recurso humano nuclear de la oferta de salud.

Es importante destacar además de la oferta de recursos humanos, dedicados a las acciones de diagnóstico y tratamiento de la atención de salud del individuo, que la Región Metropolitana también dispone de una oferta sustancial de recursos dedicados a las acciones de prevención y educación de la población, tales como: inspectores de Saneamiento Ambiental, inspectores de Control de Alimento y Veterinaria,

educadores para la salud y otros.

Finalmente, otra variable vital de la oferta, la conforman los recursos financieros asignados, como aporte de la economía, al proceso de atención de salud en esta Región.

A medida que desarrollemos el presente Capítulo, procederemos al análisis detallado de los componentes específicos de la demanda y oferta de los servicios de salud presentes en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana.

A.- DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA REGION METROPOLITANA.

A.1 Origen y Evolución de la Demanda de Salud

Nuestro análisis de la demanda por salud en el primer nivel de atención en la Región Metropolitana, estará centrado principalmente en los Servicios de Salud otorgados, más que en los bienes o productos demandados, dado que la oferta de salud es más costosa de otorgar, en comparación al costo de los bienes y también, porque los servicios son importantes de analizar para efectos de salud, tomando en cuenta que éstos no son almacenables o perdura-

bles y por el contrario, tienen que ser consumidos en el momento en que se ofrecen ya que corresponden estrechamente a episodios de enfermedad o accidente del demandante en particular. Siendo así, la demanda de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención en esta Región, se constituye potencialmente a partir de la masa poblacional establecida en su perímetro, incluyendo también aquella masa de personas que por alguna circunstancia responden a efectos migratorios temporales o permanentes. No obstante, este indicador por sí solo no basta para considerarse como un determinante de la demanda de salud, debido a que la población además es condicionada por diversos factores y momentos de riesgo, que afectan su estado de salud e influyen en la demanda hacia los servicios de atención ofrecidos por las instalaciones en la Región Metropolitana.

La demanda de atención proveniente de la población de influencia en esta región hacia los diferentes niveles de complejidad del Sistema de Salud, está condicionada:

- 1.- Por necesidades "percibidas" que generalmente resultan ser necesidades de atención por mo-

bilidad.

- 2.- Por las necesidades **"inducidas"**, que resultan de las necesidades de atención preventiva, las cuales generalmente han sido promovidas a través de diversos medios.

La cobertura total de estas necesidades de atención de salud, constituye uno de los objetivos estratégicos de los gobiernos para alcanzar la meta SPT-2000, sin embargo, la satisfacción de la demanda exige de una mayor eficiencia, eficacia y equidad, en la organización y administración del Sistema de Salud y la entrega de servicios.

La demanda de Atención de Salud en un área cualquiera que sea, presenta los siguientes dos aspectos:

- 1.- **"Un aspecto cuantitativo:** en el cual el volúmen de la demanda varía en el tiempo y en el espacio, constituyéndose en la primera preocupación de la organización de la atención de salud en un área, ya que es responsable de estudiar la distribución de la demanda en el tiempo y el espacio, con la finalidad de determinar la dotación de recursos y la ubicación óptima de los establecimientos necesarios para satisfacer cuantitativamente la misma.

- 2.- **Un aspecto cualitativo:** que analiza la estructura de la demanda, la cual varía en función de la etiología de la necesidad que motivó la demanda (cirugía, medicina, obstetricia, pediatría, asistencia social, etc.) y en función de la complejidad de esas necesidades (mínimas o máximas". (13)

Estos aspectos permiten a la organización del Sistema de Salud, estudiar la distribución de la demanda según etiología y complejidad, con el objeto de determinar el grado de complejidad de los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población demandante.

En conclusión, podemos señalar objetivamente, que toda demanda por servicios de salud se produce a partir de una necesidad de salud expresada por la comunidad, sin embargo, a pesar de que una gran proporción de la población siente necesidades, sólo una parte de ella lo expresará a través de la demanda de atención por un servicio de salud. A su vez, la infraestructura de servicios organizada en la región, no siempre tendrá a su alcance una adecuada capacidad de resolución y oferta para asumir la demanda, lo que en consecuencia producirá

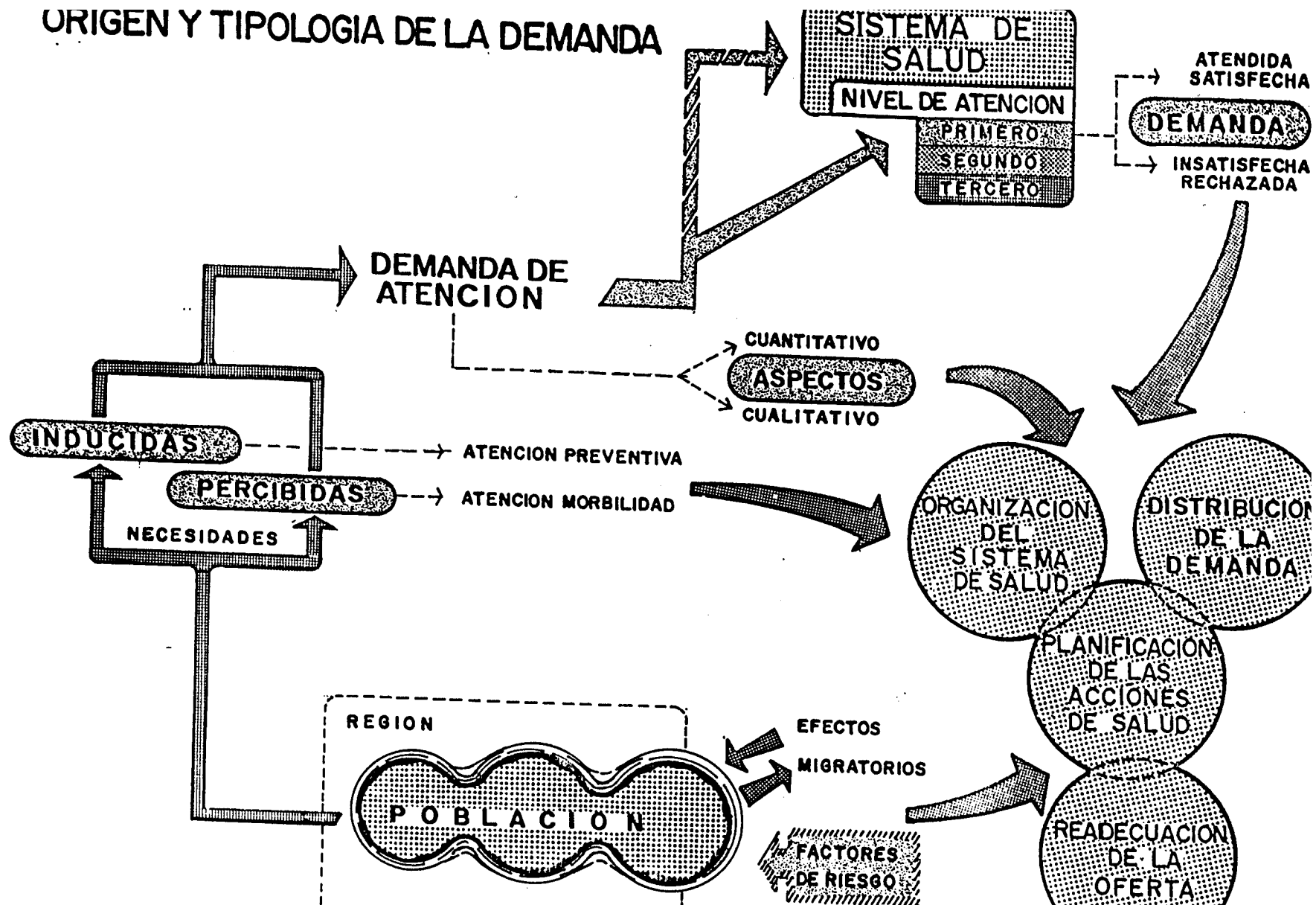
(13) Simeant, op cit. pág. 126

que parte de la población sea atendida y su demanda satisfecha y otra parte de la población no logre atención lo que supone algún volumen de demanda rechazada o insatisfecha.

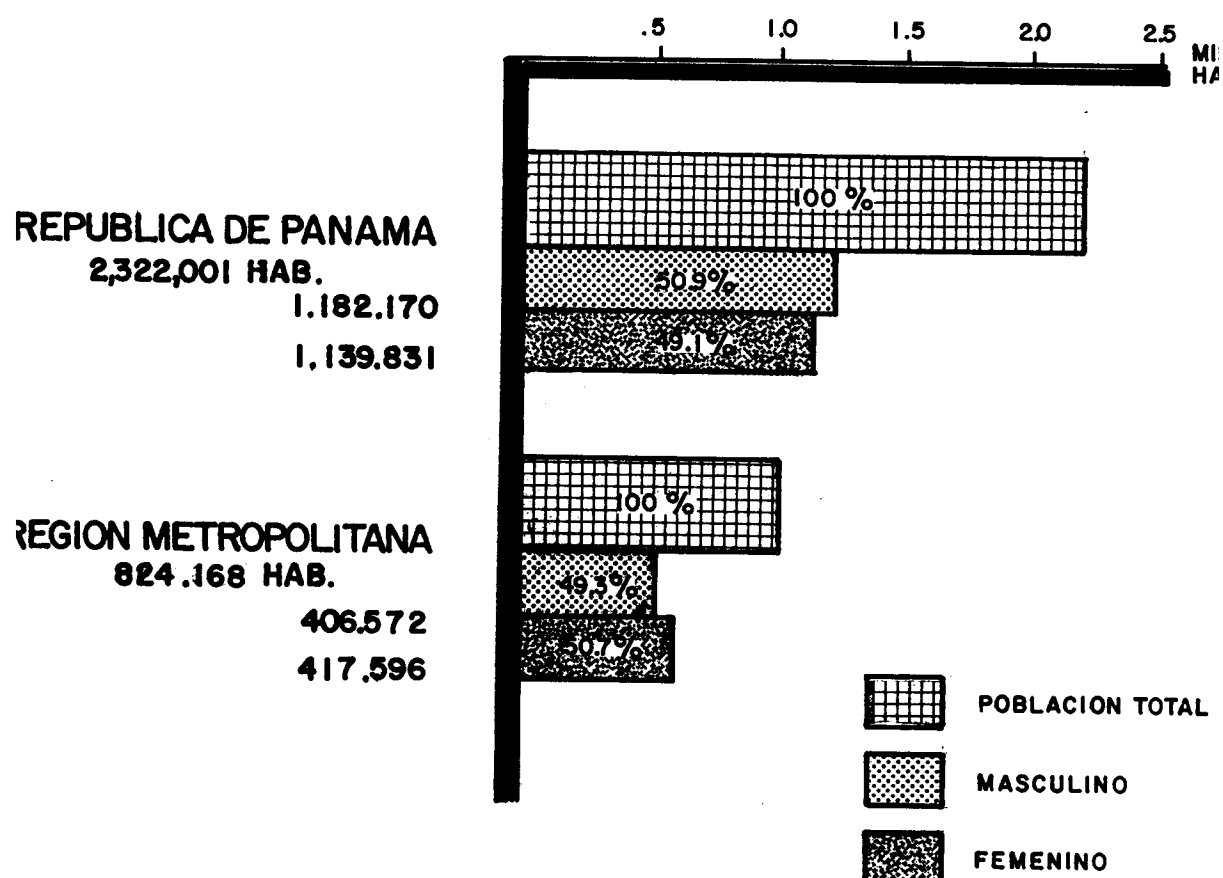
El análisis de la demanda y los factores de riesgo de la población en el área de responsabilidad de cada instalación de salud, permiten la planificación de acciones de salud y la readecuación de la oferta, de acuerdo a las necesidades por las que se demanda la atención. (Ver Figura # 9).

En lo que a la población se refiere, en la Región Metropolitana de Salud, de acuerdo al Censo de 1980 y sus proyecciones para 1988, encontramos una población de aproximadamente 824,168 habitantes, de los cuales el 49.3% corresponde al sexo masculino y el 50.7% al femenino. Importante es destacar, que del total de esta población, el 31.6% corresponde a menores de 15 años y el 26%, a mujeres en edad fértil (15-49 años) (Ver Gráfico # 6 y 7). Esta masa población cuya tasa de desempleo es de alrededor del 30% y en donde más del 40% no tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades básicas y por ende las de salud, se encuentran dispersas en 23 c

ORIGEN Y TIPOLOGIA DE LA DEMANDA

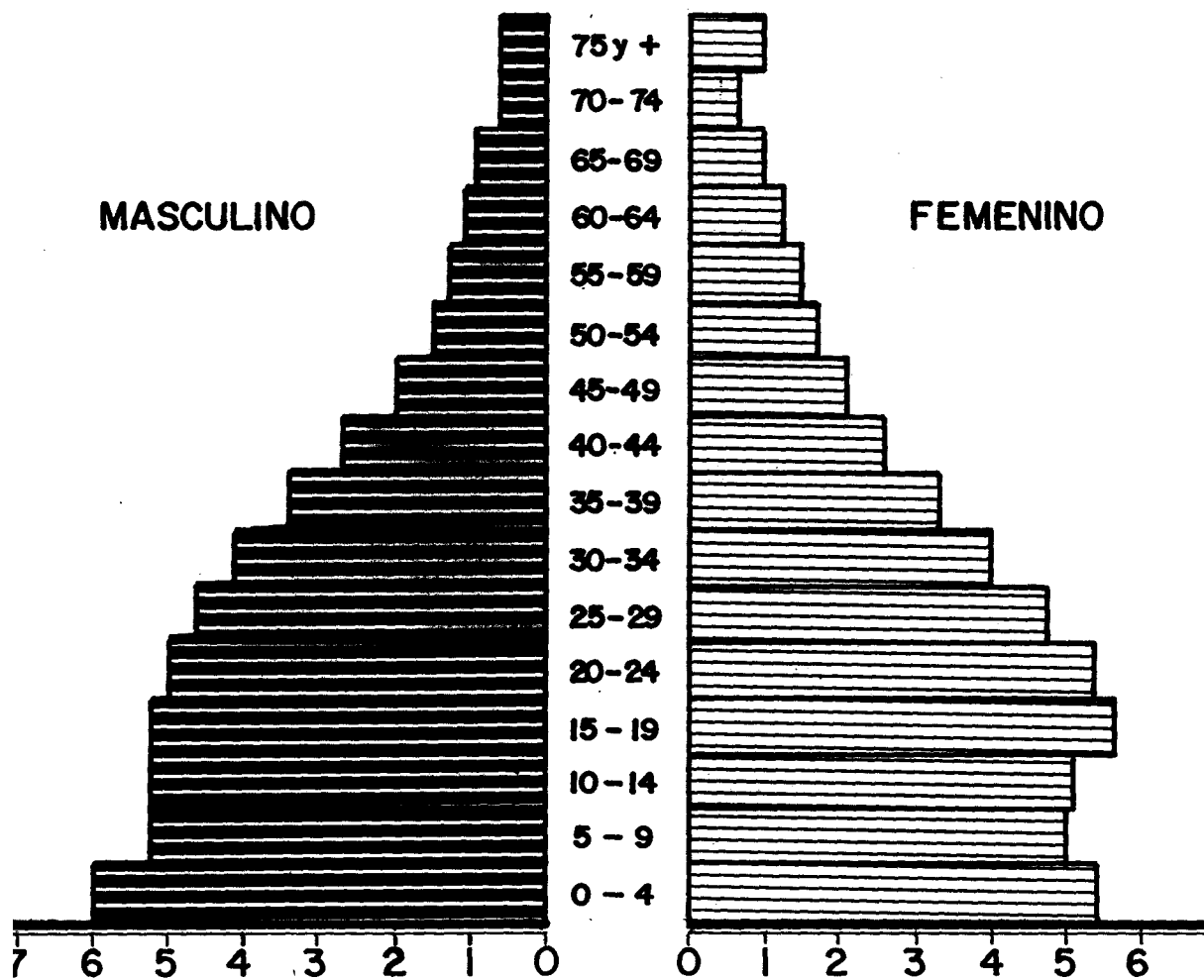


DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SEXO EN LA REPUBLICA DE PANAMA Y LA REGION METROPOLITANA DE SALUD: AÑO 1988┐



┐ PROYECCION PARA 1988 CON BASE EN EL CENSO DE 1980

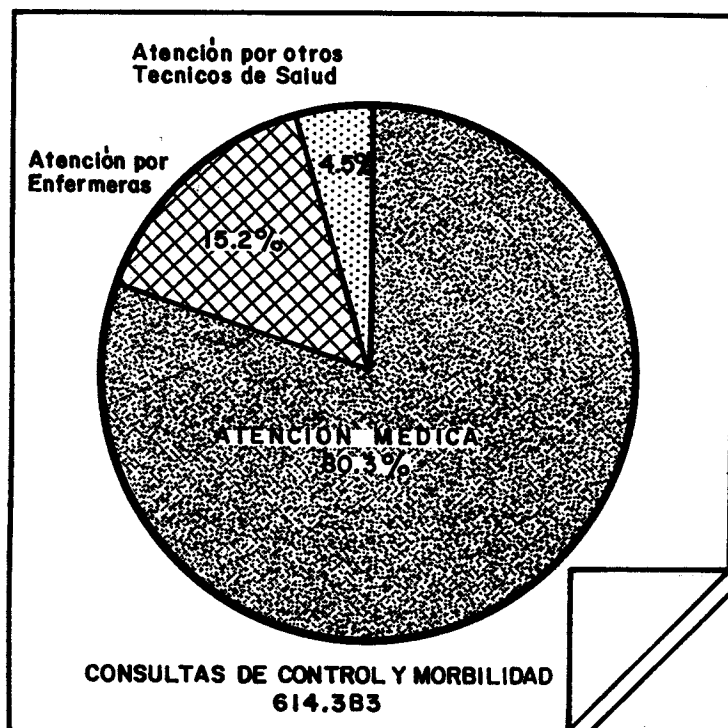
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DE LA REGI
METROPOLITANA, SEGUN SEXO Y EDAD:**
Estimada al 1^o de Julio de 1988



Fuente: Proyección de la población por sexo y edad.

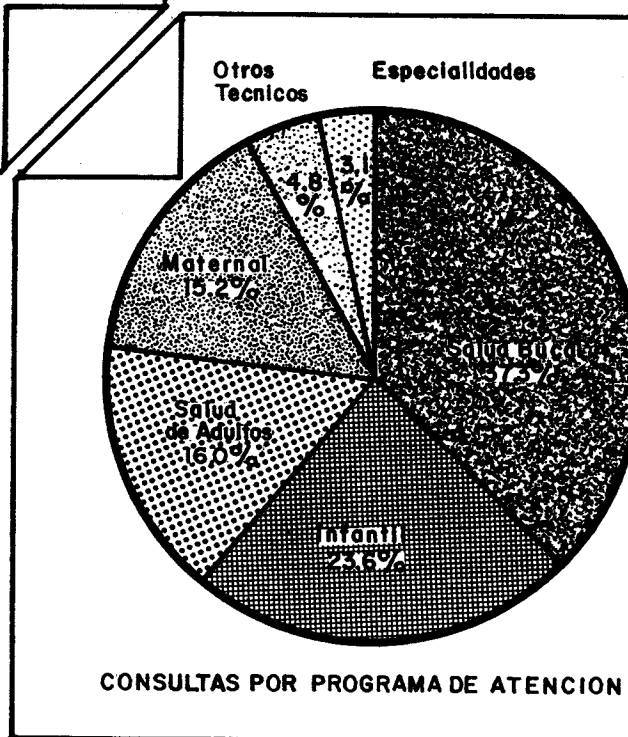
GRAFICA Nº 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS ATENDIDAS SEGUN TIPO DE PROFESIONAL DE SALUD EN LA REGION METROPOLITANA: AÑO 1988



GRAFICA Nº 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL CONSULTAS ATENDIDAS SEGUN PROGRAMA O SERVICIO EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD AÑO 1988



Fuente: Departamento de Estadística, Región Metropolitana de Salud, Manual Operativo, 1988.

rregimientos, cuyas características urbanas, semi-urbanas y rurales, con niveles de ingresos que oscilan en rangos alto-medio y medio-bajo, genera una serie de problemas socio-económicos, que inciden directa o indirectamente en el nivel y condición de salud de esta población.

Así mismo observamos que durante 1988, por demanda de servicios de salud, se produjeron en la región, un total de 614,383 consultas de control de salud y morbilidad, generadas por la población de esta área de responsabilidad.

Estas consultas a su vez, se distribuyeron de acuerdo al tipo de profesional que ofreció la atención en: 80 consultas atendidas por médicos; 15.2% por enfermeras el resto. 4.5% atendidas por otro personal técnico de salud, lo que representó un índice global de 0.7 consultas por habitante durante este año en la Región Metropolitana. (Ver Gráfica # 8).

El índice consulta-población expresado, es producto de la relación directa entre las consultas producidas y total de la población en un período dado, sin embargo

en la realidad dicho índice varía, ya que no toda la población demanda servicios de salud en un tiempo determinado y aquella que si lo hace, en alguna proporción rechazada o insatisfecha en su demanda. Esta demanda por consultas durante 1988 en la Región Metropolitana se distribuyó de acuerdo a los principales programas salud, de la siguiente manera:

- el 37.3% fueron consultas de Salud Bucal.
- el 23.6% al Programa Infantil.
- el 16.0% a Salud de Adultos
- el 15.2% al Programa maternal.
- el 4.8% a consultas de otros técnicos y
- el 3.1% fueron consultas a especialidades.

Observándose que los servicios mayormente demandados durante este año, fueron Salud Bucal, el Infantil y el Adultos. (Ver Gráfica # 9).

Es importante resaltar, que el Programa Salud Bucal incrementa sus consultas, no sólo a través de la demanda espontánea, sino también a través de las referencias se generan del Programa Infantil, Maternal, Adultos y otros.

Ante este planteamiento de la demanda por servicios de salud en esta Región, es obvia su dinámica evolutiva, es decir, que la misma por algunos factores que veremos seguidamente, estará constantemente variando su volumen y modificando su estructura.

Los avances científicos y los cambios tecnológicos que se producen en el conocimiento humano y principalmente en el campo de la medicina científica, han permitido profundizar y mejorar el diagnóstico de los problemas de salud, promoviendo así cambios cuantitativos en la demanda de salud. Paralelamente, el crecimiento vegetativo natural de la población (nacimiento-defunción) los movimientos migratorios de la misma, a causa de factores socio-económicos, ambientales y culturales, inciden significativamente en los volúmenes periódicos de demanda observada y expresada en la Región.

Condicionado a todos estos factores evolutivos de la demanda, se agregan aquellos de riesgo a la salud de la población, que se incrementan en la medida en que se moderniza la tecnología y la capacidad resolutoria de la oferta de salud.

Actualmente en la Región Metropolitana de Salud, el proceso de planificación de la demanda y su evolución, se formula utilizando indicadores de demanda expresada y atendida, con un agregado relativo que técnicamente no cumple los requisitos para medir objetivamente el cambio cuantitativo de la demanda de un período respecto a otro.

Hasta aquí podemos inferir, que la "demanda por salud" es lo que una persona o paciente está dispuesta a pagar si hay algún precio que pagar, mientras que la "necesidad" se refiere a lo que el individuo percibe o el médico u otro técnico del servicio, piensa que el paciente debería tener. Esto hace señalar que una necesidad expresada en forma de demanda, no corresponde necesariamente a una necesidad de atención médica particular, lo que hace al concepto "necesidad" una noción más objetiva que la de una "demanda", durante el proceso de planificación de la oferta de salud. De hecho, los planes o programas existentes para la contratación del recurso humano de los servicios de salud, no se plantean a partir de las necesidades potenciales o factores de riesgo en su lugar, se basan en la necesidad media o esperada dada las características socio-demográficas de la población y la preponderancia de las enfermedades o condiciones ambientales y culturales prevalentes.

A.2 Características y Factores de la Demanda

Las necesidades individuales de salud, percibida de alguna manera y para las cuales se cree que existe alguna posibilidad de satisfacción, pueden dar origen a una conducta de búsqueda de solución que se transforma en necesidad de servicios de salud las cuales a su vez conforman las llamadas **"Demandas Sociales en Salud"**. Estas tienen distintas características de acuerdo al entorno de los diversos sistemas sociales en que se producen.

Estas demandas individuales o sociales por servicios de salud, no siempre son satisfechas en su totalidad, ya que para dar solución a conjuntos específicos de problemas de salud con diferentes grados de complejidad, es importante considerar la capacidad de la red de oferta y la percepción de la capacidad de resolución por parte de la población.

La demanda de servicios a las diferentes unidades se atiende o se rechaza con costos sociales diferentes, los cuales pueden minimizarse aplicando la noción de nivel de atención, que a su vez permite una extensión de cobertura de servicios de salud.

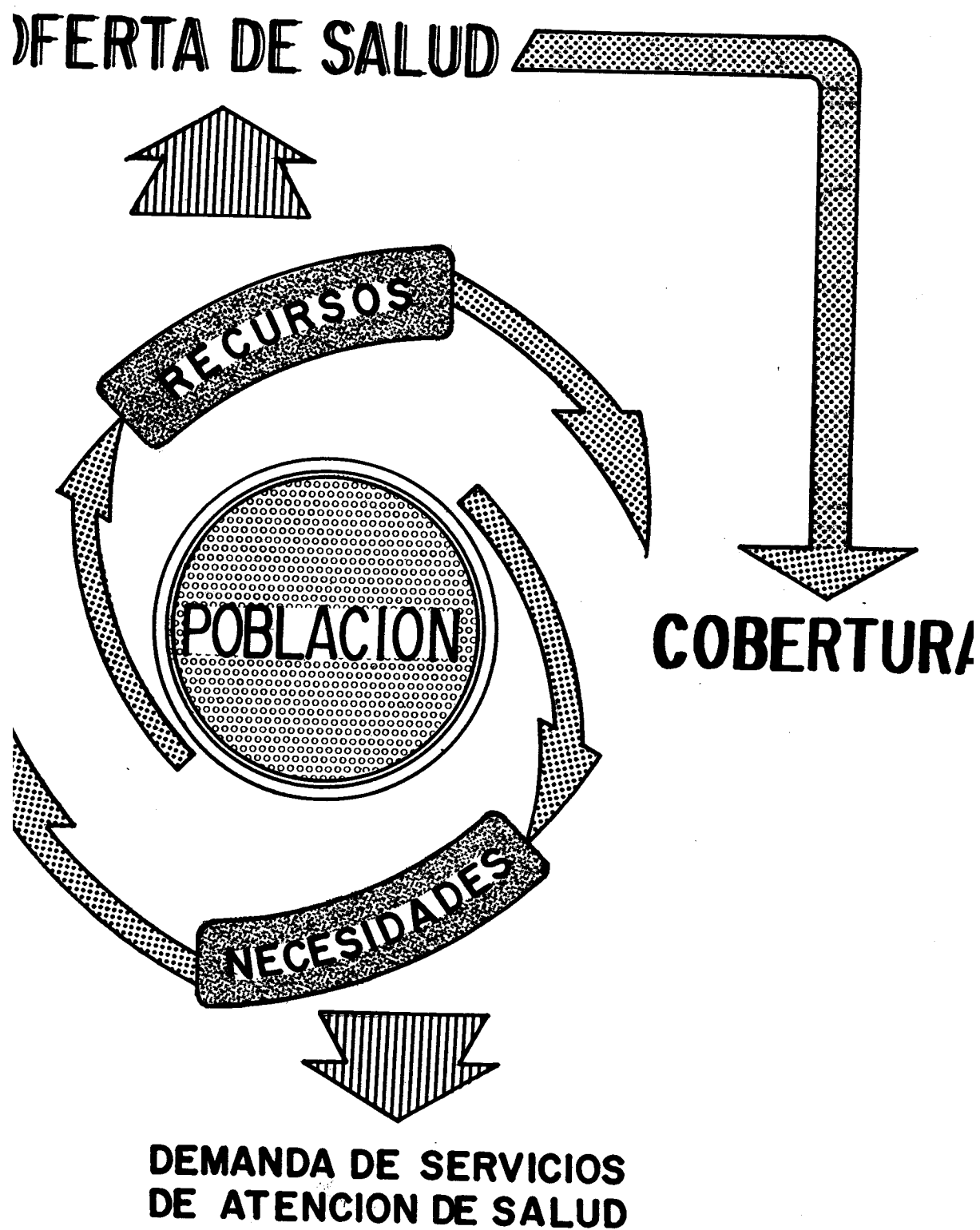
" El concepto de cobertura implica la admisión de que existe una relación dinámica en la que intervienen por una parte; las necesidades y aspiraciones de la población expresadas por la demanda de servicios; por otra parte, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas que configuran la oferta para satisfacer esa demanda" (14) (Ver Figura # 10).

Es por ello, que para comprender la demanda, el funcionario de salud debe tener claro que las necesidades que generan una demanda de atención, existen desde dos puntos de vista, los cuales enumeramos a continuación:

- 1.- **Las necesidades de salud definidas por los expertos o técnicos:** son las que identifican a través de condicionantes que alteran negativamente la salud de un individuo o conjunto de individuos, sin que éstos perciban la alteración negativa producida en su estado de salud.
- 2.- **Las necesidades de salud sentidas por el individuo:** quien identifica fenómenos que alteran negativamente su estado de salud. Estos pueden coincidir con

(14) Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. **EXTENSION DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CON LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.** Vol. 83, # 6, Diciembre 1977, pág. 479.

FIGURA Nº 10



los identificados por los expertos y la diferencia entre ambos, puede minimizarse a través de la educación y concientización de la comunidad en materia de salud.

La estructura de la oferta existente, es una condicionante concreta para el conocimiento de la necesidad percibida, la cual lleva a un individuo a demandar un servicio de salud.

La demanda está condicionada por una serie de factores:

- a.- Por las necesidades o factores de necesidad que dependen del individuo.
- b.- Por factores de predisposición por parte del individuo, quién ha de estar dispuesto o no, a buscar la atención requerida de acuerdo a la necesidad.
- c.- Por la capacidad de la oferta para la solución de la problemática existente.

La demanda de servicios de salud, en cualquiera de los tres niveles de atención, está condicionada a variables propias que la tornan incontrolable desde el punto de vista de su movilidad y de acuerdo al tipo de demanda.

El estudio de la demanda permite destacar dos grupos de demanda, que a su vez se dividen en subtipos y que son:

1.- Demanda real: constituida por:

a.- Demanda espontánea o expresada, que puede ser:

a.1 Demanda Satisfecha

a.2 Demanda insatisfecha

b.- Demanda agregada

c.- Demanda inducida o promovida.

2.- Demanda potencial o no expresada

1.- **La Demanda Real:** Es la expresada por los diferentes grupos humanos en los diversos tipos de unidades de atención que integran la red de Servicios de Salud.

Esta demanda real está constituida por los siguientes subtipos:

a.- La demanda espontánea o expresada:

definida como una respuesta del individuo ante una necesidad percibida y que desde el punto de vista de su movilidad y de acuerdo a variables tales como: la estructura socio-económica, distribución etárea, accesibilidad a los servicios de sa lud, perfil epidemiológico de la morbilidad, educación y condiciones ambientales del medio, generan una demanda de atención, la cual depende de la percepción que tenga el in dividuo o la comunidad, respecto a la capacidad de resolución de los distintos servicios de salud en cada uno de los tres niveles de atención.

Los servicios de salud de acuerdo a la complejidad en la problemática de salud demandada, aceptan la de-

manda y la atienden resolviendo el problema o necesidad que motivó la misma, lo cual genera un cliente satisfecho al que se le denomina "demanda satisfecha".

Esta demanda también puede ser "no satisfecha", cuando la respuesta a la necesidad no es oportuna o satisfactoria al demandante, o bien, no se da respuesta plena a la problemática de salud en el nivel de complejidad del sistema, lo que requiere entonces, del sistema de referencia a través del cual se articula la red de servicios.

- b.- **"La demanda agregada:** es aquella que por sí misma, la gente no generaría y que los expertos o técnicos advierten ante factores que alteran negativamente la salud de un individuo o conjunto de individuos, con independencia de que, quién es aquejado por el fenómeno tenga o no percepción de la alteración negati-

va producida en su estado de salud".
(15).

c.- La demanda inducida o promovida que resulta de necesidades de atención preventiva, no necesariamente percibidas como necesidades por la comunidad, pero sí, por los organismos rectores de la salud, quienes promueven y divulgan las medidas preventivas normadas a través de diferentes tipos de controles de salud.

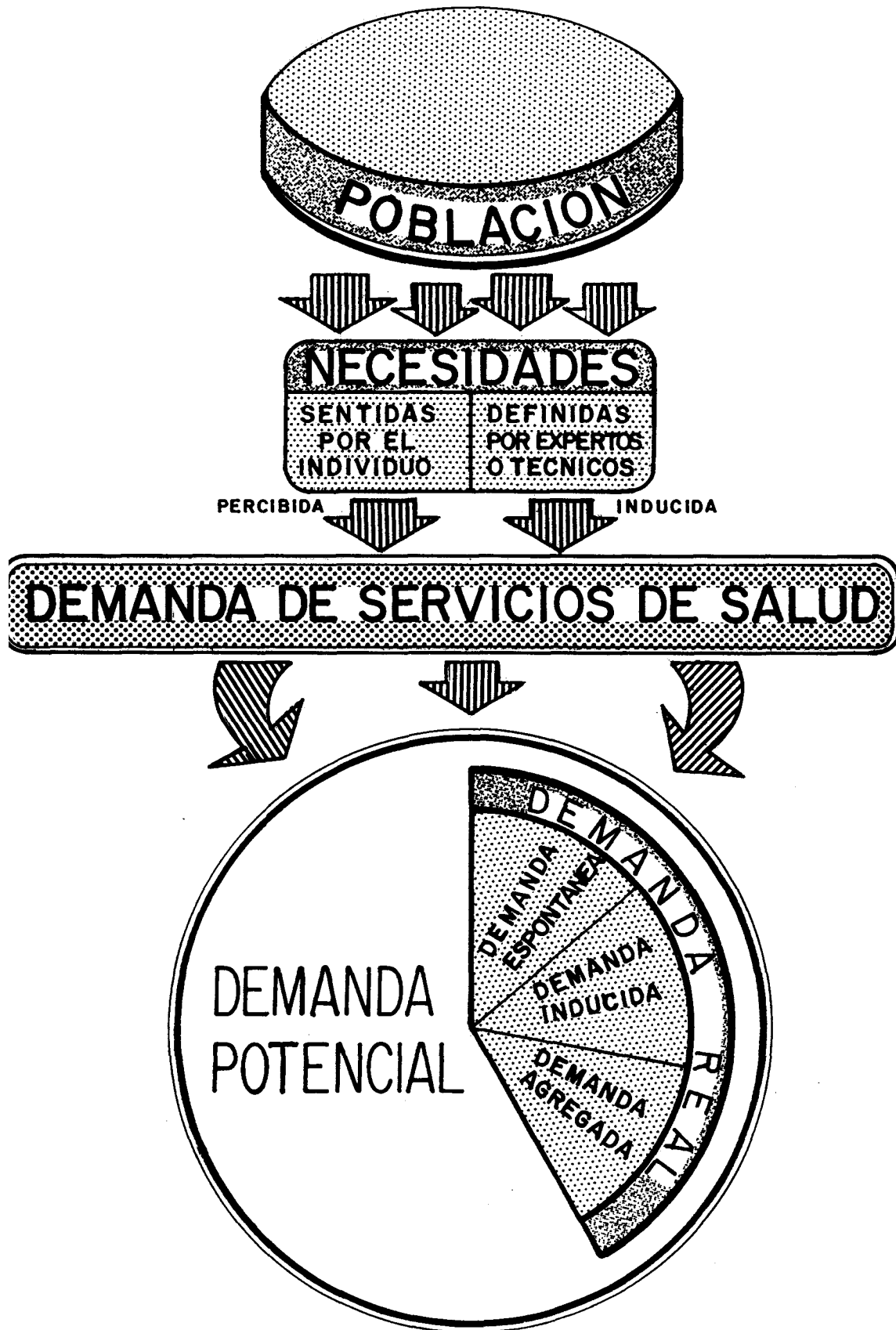
2.- La Demanda Potencial o No Expresada:

Constituída por el resto de las necesidades del individuo o la comunidad, pero que no generan una solicitud expresada de atención por parte del Sistema de Salud. (Ver Figura # 11).

En este estudio, se da particular aten-

(15) Barrenechea, Juan José y Trujillo Uribe, Emiro. **SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. IMPLICACIONES PARA LA PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** Editorial Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia 1987, pág. 216.

TIPOS DE DEMANDA EN SALUD



ción a la demanda no satisfecha, a pesar de que esta solamente puede ser percibida a través de análisis o los índices de salud de la población en un período dado, ya que por característica propia de "demanda no controlada" y por la naturaleza de los sistemas de registros médicos, una metodología de análisis para la medición real y cuantitativa, no es de carácter confiable, ya que el sistema de registros de la atención de salud, no refleja la demanda institucional rechazada o no atendida, equivalente a la demanda concurrente al sistema de salud que no logra atención oportuna.

Añadido a ésta, aparece la demanda existente que se mantiene al margen del sistema de salud, o que logra solución a sus problemas a través de otras fuentes de ofertas que pudieran ser: sistemas externos de salud, medicina tradicional y doméstica entre otros.

Ante esta situación, se presume que gran parte de la demanda expresada en la Región Metropolitana de Salud, a pesar de lo que dice sentir el paciente, no corresponde a ninguna necesidad, ocasionando así un alto consumo de recursos, lo que encarece el costo monetario de la oferta en salud. Por otro lado, el volumen de demanda inicial, inducida por la oferta, no garantiza por sí misma un mejoramiento de los índices de salud de la población, ya que quedará pendiente parte del tratamiento a seguir y por último, existe una alta proporción de **"demanda insatisfecha"**. Esta se produce cuando a pesar de que se detecta una gran necesidad por cuidados de salud, la misma no se atiende por los consultorios médicos, los tratamientos, medicamentos u otros servicios intermedios de la atención de salud, o probablemente porque el paciente no dispone de los medios (ingreso), para acceder a los centros de salud, o porque desconfía de la capacidad de la oferta, porque toma mucho tiempo en con-

seguir cupos, esperar y recibir el servicio. Todos estos obstáculos generados por los determinantes de la demanda, inciden en la generación de la "demanda insatisfecha".

Estas limitantes a la demanda por salud, han creado un problema a la planificación y organización de la oferta, considerando que el Sistema de Salud no tiene capacidad para establecer objetivamente la "demanda potencial por salud".

B.- OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA REGION METROPOLITANA.-

De acuerdo a la estructura de la demanda de los Servicios de Salud provenientes del espacio-población de la Región Metropolitana, así como también de los otros condicionantes de la demanda previamente enunciados, existe un plantel de oferta constituido por una gama de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos, cuyo objetivo principal, es reducir la brecha existente entre la población y el acceso a los servicios, para

que a su vez se logre un adecuado desarrollo socio-económico en la región.

Esta oferta de salud, desde el punto de vista económico y financiero, se observa que no logra las expectativas planteadas por la demanda, lo que ha conducido a un deterioro en su programación y organización, limitándole al Sistema de Salud, la oportunidad de ofrecer servicios con carácter de eficiencia, eficacia y equidad.

B.1 Análisis Descriptivo y Evolutivo de la Oferta

La oferta de servicios de salud es dinámica y en consecuencia en la Región Metropolitana, ésta ha venido modificándose y especializándose en la medida razonable en que la demanda poblacional ha emergido, como consecuencia de varios factores.

En 1971, fecha de creación de la Región Metropolitana, existía en la misma, una capacidad física instalada de 11 establecimientos de salud, con una capacidad de resolución limitada, sin embargo, hoy día esta capacidad se ha ampliado y especializado en función de las posibilidades de financiamiento en la región y debido a los cambios tecnológicos desarrollados por la ciencia.

Dada esta capacidad instalada de establecimientos de salud en 1971, los recursos humanos oferentes del servicio consistieron en: 26 médicos, 19 odontólogos, 30 enfermeras, 15 auxiliares de enfermería y 101 técnicos auxiliares de atención, los que totalizaban incluyendo los servicios de apoyo administrativo y logístico, 269 funcionarios.

Para el mismo período, el componente financiero de la oferta, constituido por los recursos monetarios provenientes del gobierno central a través del presupuesto de funcionamiento e inversiones, reflejó la suma de B/. 1,007,794.00. Agregado a estos reursos, la oferta monetaria se amplió, apoyada por los ingresos recaudados a través del Fondo de Administración de Hospitales, en concepto de contraprestación de la población por los Servicios de Salud recibidos.

Merece la pena destacar en la oferta inicial reflejada en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud, la participación indirecta de organismos externos financieros y de asistencia técnica, como lo son: la OPS, la UNICEF, el AID, Cáritas y otros más.

Estos organismos mediante el despliegue de transferencias de recursos monetarios no reembolsables y transferencias tecnológica capacitante al recurso humano de la región, han contribuido a lo señalado anteriormente en cuanto a la especialización y fortalecimiento de la oferta de servicios de salud.

Considerando las características de la oferta de la Región Metropolitana de Salud, observamos que la misma se puede clasificar en:

- 1.- "La oferta del sistema tradicional comunitario, establecida por la propia población y utilizada por los individuos siguiendo la costumbre de la automedicación, o acudiendo a algún miembro de la comunidad de agentes del sistema". (16)

En el Sistema tradicional comunitario, "cualquiera que sea su grado de evolución, toda comunidad ha tratado de encontrar la manera de atender sus problemas de salud, a través de este sistema, que le es propio y funciona de acuerdo con su estilo de vida. Afronta los problemas con limitaciones y tiende a fortalecer casi exclusivamente las áreas de atención de la enfermedad. Es muy poco lo que se conoce

(16) Oficina Sanitaria Panamericana. 1977. Ibid. p.481-482

de sus características como sistema.

Se sabe que está firmemente arraigado en la cultura local y por consiguiente, tiene la aceptación y el apoyo de la comunidad". (17)

- 2.- "La oferta del sistema institucional de salud, compuesto por instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas.

A pesar de que la salud es un derecho y responsabilidad de todo ser humano y que los sistemas institucionales tienen mayormente la responsabilidad de velar por ella y de fomentarla, hay consenso de que éstos, no satisfacen las necesidades de atención de salud de la totalidad de la población". (18)

Transcurridos 17 años a partir del establecimiento de la Región Metropolitana de Salud, observamos que en 1988, su oferta o capacidad resolutive de servicios, pasó de 11 establecimientos de salud a 22, lo que representa un aumento relativo del 100% en su capacidad física instalada. Este aumento en la infraestructura de servicios de la región, se dió con la apertura progresiva de los siguientes Centros de Salud: San Felipe, Curun-

(17) Oficina Sanitaria Panamericana, 1977. Ibid. p. 482

(18) Oficina Sanitaria Panamericana, 1977. Ibid. p. 482

dú, Pedregal, Tocumen, Paraíso, Amelia Dennis de Icaza, San Isidro, Cerro Batea, Torrijos Carter, Taboga y Alcalde Díaz. Complementando esta oferta de capacidad instalada, encontramos además, las siguientes unidades de atención, Clínica del Aeropuerto de Tocumen, las de Obaldía y el Artes y Oficio; la Clínica del Centro de Rehabilitación Infantil (CRI), la del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE), Serju, Clínicas del Tutelar de Menores y por último, el Puesto de Salud de la Isla de Otoque y la Unidad Pediátrica del Hospital del Niño, ubicada en el Corregimiento Belisario Porras.

En lo relativo a la oferta del recurso humano dedicado a la atención y administración de salud, se observa un crecimiento de 275%, correspondiente a la incorporación de 741 unidades multidisciplinarias del Equipo de Salud. Vale observar, que en 1971, los recursos humanos en la Región totalizaron 269 unidades, mientras que en 1988, los mismos ascienden a 1010 unidades. Para detallar este incremento en la oferta de recursos humanos, podemos señalar que el recurso humano médico, varió de 26 funcionarios a 162, lo que representó un cambio re-

lativo en la oferta de 523%, correspondiente a la contratación de 136 médicos adicionales. En cuanto a Odontólogos, vemos que de 19 unidades aumentó a 80, lo que representó 61 nuevos Odontólogos para un cambio relativo de 321%, en la oferta de este recurso humano. En lo referente a enfermeras, auxiliares y otro personal técnico de salud cuya oferta a 1971, fue de 30, 15 y 101 respectivamente, tenemos que para 1988, aumentaron significativamente, duplicando, triplicando y hasta cuadriplicando sus cantidades. Observándose así, que de 30 enfermeras, se aumentó a 78 unidades, lo que significó un incremento de 160.0%; las auxiliares de enfermería de 15 aumentaron a 83, representado un 453% de incremento y los otros técnicos, de 101 unidades pasaron a 374, incrementándose relativamente en un 270.0%.

Finalmente, esta oferta de recursos humanos mantuvo un incremento de alrededor del 200% en lo correspondiente al personal administrativo, cuya cantidad de 78 unidades en 1971, fue aumentada a 233 personas en 1988 (Ver Cuadro # 2). Como es natural, ante el incremento mencionado de la oferta física y de recursos humanos, la Región de Sa-

CUADRO #2
INCREMENTO DE LA OFERTA DEL RECURSO HUMANO EN LA
REGION METROPOLITANA DE SALUD. 1971 a 1988.

TIPO DE RECURSOS	EXISTENTE 1971	EXISTENTE 1988	INCREMENTO #
TOTAL	269	1010	741
MEDICOS	26	162	136
ENFERMERAS	30	78	48
ODONTOLOGOS	19	80	61
AUXILIAR ENFERMERIA	15	83	68
OTROS TECNICOS	101	374	273
ADMINISTRACION	78	233	155

FUENTE: Discurso del Dr. Jaime Armijo, Director de la Re
Metropolitana, 1985 y Consolidado anual de la Re
Metropolitana, 1988.

lud percibió un aumento sustancial en los recursos presupuestarios de sus distintas fuentes de financiamiento. Entre éstas podemos mencionar significativamente, que el presupuesto para gastos de financiamientos para la adquisición y pago de los distintos bienes y servicios médico-quirúrgicos, aumentó de B/. 1,007,794.00 en 1971, a B/. 6,735,399 en 1988, lo que refleja un incremento de 568.3% en el período citado. Es importante destacar en el comportamiento de la oferta monetaria asignada a esta región, el crecimiento reflejado en las recaudaciones generadas por el Fondo de Administración, producto del aumento relativo del ingreso de la población. Estos ingresos provenientes de esta fuente de financiamiento, tradicionalmente se han dirigido al financiamiento de recursos humanos de mantenimiento y otros servicios generales, aumentándose así, la capacidad global de la oferta de recursos humanos de la región.

A pesar de los cambios positivos que ha experimentado la oferta de servicios de salud a través de cada uno de sus componentes ya mencionados, se ha observado, tomando como base la situación de salud de la población, sus indicadores de morbi-morta-

lidad, así como también su nivel de bienestar y desarrollo socio-económico, que la oferta de servicios de salud no ha logrado satisfacer en forma eficiente y eficaz, las demandas de salud planteadas por la población.

Entre los factores que contribuyen a esta situación, puede señalarse:

- a) "La falta de una visión global de la problemática de salud en el ámbito de responsabilidad de cada instalación.
- b) El concepto de que los servicios de salud, son un fin en sí mismos.
- c) La existencia de un sistema institucional rígido, que impide identificar y atender las necesidades cambiantes de la población y que mantiene una visión estadística de los mismos, sin el necesario análisis cualitativo de los problemas.
- d) La inaccesibilidad física, social, cultural y económica de numerosos grupos de población, a los establecimientos que prestan servicios de salud.
- e) La falta de una adecuada participación de la comunidad en las acciones de salud, con el consiguiente aislamiento de los servicios y de su personal, en un sistema cerrado a la influencia de los usuarios.
- f) El enfoque predominantemente curativo de los servicios, que ha con-

ducido a una separación o paralelismo de las acciones preventivas y de educación, impidiendo la necesaria integración con que deben realizarse.

- g) La utilización indiscriminada de tecnologías importadas que se prestan a la creación de dependencia y han sido adoptadas sin tener en cuenta la realidad nacional.
- h) El aumento significativo de algunos costos de la atención médica, que disminuye la disponibilidad de recursos para llevar a cabo la cobertura universal". (19)

Tal como hemos analizado hasta aquí, observamos que la Red de Servicios de Salud planteada en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana, se constituye por un conjunto de unidades productoras de servicios de salud, que a base de la oferta dispuesta, reflejan variados niveles de capacidad de resolución, costos sociales y financieros de operación y mantienen distintos grados de organización, normalización, programación y control y se encuentran localizados en espacios - población concretos dentro del perímetro geográfico de su responsabilidad de cobertura.

(19) OPS, Ibid. p. 482-483

B.2 Instrumentación y Capacidad de la Oferta Actual:

B.2.1 Capacidad Física Instalada:

Hasta aquí, hemos tratado la oferta de los servicios de salud de la Región Metropolitana, en términos generales y desde un punto de vista cuantitativo según la tipología de ésta; por lo que a partir de este punto, analizaremos la instrumentación de la misma y sus características específicas, de acuerdo a la situación vigente en 1988.

La oferta de recursos referentes a la capacidad física instalada como hemos mencionado, la conforman 31 unidades de salud, con características propias en cuanto a superficie, áreas físicas construídas, diseños y distribución funcional. Encontramos entre esta oferta, a 22 establecimientos con una estructura básica semejante entre sí, denominados **"Centros de Salud"**: los cuales por definición institucional, corresponden al establecimiento que dentro de la organización médico-sanitaria regional, presta servicios preventivo-curativos a nivel local, ya sea aislado o funcionando conjuntamente con una estación maternal, estación pediátrica,

o como parte de un centro médico integrado urbano o rural, cuya área de responsabilidad comprende aquellos núcleos poblados que por su cercanía y medios de comunicación, son más accesibles al lugar donde esté localizado el centro".

(20)

Otro tipo de establecimiento componente de esta oferta física, lo es el **Puesto de Salud**: el cual por su ubicación y su estructura mínima, refleja un bajo nivel de capacidad de resolución e instrumentación, dirigido principalmente a desarrollar acciones básicas de atención primaria, en un medio rural y regularmente en áreas geográficas de difícil acceso. En la Región Metropolitana, el único Puesto de Salud es el de Otoque, situado en una isla del litoral pacífico, a una distancia de aproximadamente 25 millas náuticas desde la ciudad capital. Igualmente, la capacidad de resolución de la Región Metropolitana, se complementa con otros tipos de establecimientos de

(20) Panamá. Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Depto. Nacional de Salud Pública. **PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA 1962-1970**. Rep. de Panamá.

salud de diferente categoría, organización y complejidad, como lo son: las clínicas de salud (7), ubicadas una, en la terminal área de Tocumen, el Tutelar de Menores y otras cinco, ubicadas en otro tipo de establecimientos ajenos al sector salud. Finalmente, cuenta la región con una **estación pediátrica**: ubicada en el Corregimiento Belisario Porras del Distrito de San Miguelito, cuya responsabilidad y organización técnica, proviene del Hospital del Niño. Esta Estación Pediátrica, está instrumentada para la atención ambulatoria y exclusiva a menores de 15 años de edad, se articula con el Hospital del Niño, mediante un sistema de referencia para la atención hospitalaria y dispone de servicios médicos y enfermeras pediátricas, adiestrados para tal finalidad.

En conjunto estas 31 unidades, constituyen la oferta física instalada de la región en cuanto a infraestructura.

Para efectos de la atención de servicios ofrecidos a la población, las instalaciones de salud mencionadas, cuentan a su vez con una distribución funcional comprendida por 457 cubículos, distribuídos en distintas áreas de atención, constituyendo así, parte de la capacidad resolutive de los servicios. De éstos 457 espacios físicos, 177 se utilizan para brindar atención médico-odontológica y de urgencia, lo que representa, que los servicios de atención directa al paciente emplean alrededor del 39% de la planta física en la región. Los servicios intermedios o de apoyo técnico a la atención directa, se brindan empleando un total de 89 cubículos lo que equivale al 20% de la capacidad instalada. Otros servicios de apoyo e intermedios que complementan la oferta de servicios, ocupan el resto de las áreas físicas, tales como estadística con 29 espacios, nutrición, administración, sala de espera, trabajo social, vacunación y otros; utilizan 140 espacios, totalizando así, 258 áreas físicas dedicadas a servicios

de apoyo e intermedios, los cuales representan el 56% de la instrumentación de la oferta.

Por otro lado, se observa que el servicio de Saneamiento Ambiental relativo a la atención del medio, utiliza 22 cubículos, equivalentes al 5% del total de la infraestructura. (Ver Cuadro # 3 y 4).

Completando la oferta de recursos materiales correspondientes a la infraestructura de la capacidad instalada de esta Región, encontramos que estos establecimientos de salud se instrumentan a su vez con una capacidad establecida de maquinaria y equipo diverso. Esta oferta en concepto de equipamiento, se distribuye considerando el nivel de cobertura de cada uno de estos establecimientos, así como también la dotación de sus recursos humanos y la oferta de servicios dispuesta para cada uno de ellos.

Es importante resaltar, que al referirnos a 31 establecimientos de salud en la Re-

CUADRO #3
DISTRIBUCION DE LA CAPACIDAD FISICA
INSTALADA, SEGUN SERVICIOS DE ATENCION,
EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD

SERVICIOS	CANTIDAD CUBICULOS	PORCENTAJE
TOTAL	457	100.0
MEDICOS	121	27.0
ODONTOLOGOS	37	8.0
ENFERMERIA	43	9.0
FARMACIA	23	5.0
LABORATORIO	23	5.0
URGENCIA	19	4.0
SANEAMIENTO AMBIENTAL	22	5.0
ESTADISTICA	29	6.0
Otros	140	31.0

FUENTE: Consolidade Anual de la Región
Metropolitana de Salud. 1985.

CUADRO #4
DISTRIBUCION DE LA CAPACIDAD FISICA
INSTALADA, SEGUN TIPO DE ATENCION EN LA
REGION METROPOLITANA DE SALUD, 1988.

TIPO DE ATENCION	CANTIDAD CUBICULOS	PORCENTAJE
ATENCION DIRECTA	177	39.0
SERVICIOS MEDICOS	121	27.0
SERVICIOS ODONTOLOGICOS	37	8.0
SERVICIOS DE URGENCIA	19	4.0
APOYO A SERVICIOS MEDICOS	258	56.0
SERVICIOS DE ENFERMERIA	43	9.0
SERVICIOS DE FARMACIA	23	5.0
SERVICIOS DE LABORATORIO	23	5.0
ESTADISTICA	29	6.0
ADMINISTRACION Y OTROS	140	31.0
ATENCION DEL MEDIO	22	5.0
SANEAMIENTO AMBIENTAL	22	5.0
TOTAL	457	100.0

FUENTE: Consolidade Anual de la Región
Metropolitana de Salud. 1985.

gión Metropolitana, lo hacemos considerando todas las unidades donde se ofrece algún tipo de atención, aunque no cuenta con instrumentación completa de todos los servicios; pero es necesario mencionarlas ya que forman parte de la oferta del Primer Nivel de Atención en esta Región.

Para efectos del estudio en cuanto a instrumentación de la oferta actual, utilizaremos las 31 unidades productoras de algún tipo de servicio; pero el relacionar producción versus rendimiento, sólo nos referimos a los 22 Centros de Salud objetos de la investigación.

Considerando lo anterior, podemos mencionar que el equipamiento en la región se constituye básicamente por: 57 unidades dentales ubicadas en 25 de los 31 establecimientos, reflejando ésto, que el 81% de los establecimientos de la región, cuentan con una instrumentación en el área de odontología. Completando este servicio obser-

vamos que dispone también de una dotación de 7 unidades de RX, Dentales, lo que infiere que solamente el 23% de los establecimientos reflejan capacidad de resolución en esta área odontológica.

Los servicios intermedios de laboratorio clínico, cuentan dentro de su equipamiento básico con una dotación de 25 microscopios y 24 centrífugas, instaladas en 20 de los 31 establecimientos de la región. Esto equivale a decir, que la instrumentación del servicio del laboratorio clínico en la Región Metropolitana, es por el orden estimado del 65% en cuanto a capacidad instalada de estos equipos de laboratorio.

Por otro lado, observamos una dotación de 25 autoclaves para uso tanto de los servicios de laboratorio, como para los de enfermería, también en 20 de los 31 establecimientos de esta región de salud.

Para efectos de la movilización y las

acciones de gestión operativa, así como también para el traslado de pacientes hacia los centros de atención de la Región Metropolitana, dispone de una flota de vehículos terrestres compuesta por 33 unidades, de los cuales 6 son ambulancias. De los 31 establecimientos de salud, solamente el 19% o sean 6 de ellos, ofrecen servicios de traslado de pacientes en ambulancias, no así el resto quienes deben realizar esta función utilizando otro tipo de vehículos no adecuados o sujetos al apoyo que puedan recibir de otros sectores.

Otro componente en la instrumentación de la oferta y por ende de la capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención en esta región de salud, lo constituye el equipamiento de las áreas administrativas y de apoyo logístico, los cuales de acuerdo a la encuesta de recursos de salud realizada en 1988, demostró la existencia de 114 máquinas de escribir, 61 calculadoras y sumadoras y otros (52) equipos neces-

rios en la gestión de trabajo.

B.2.2 Recursos Humanos:

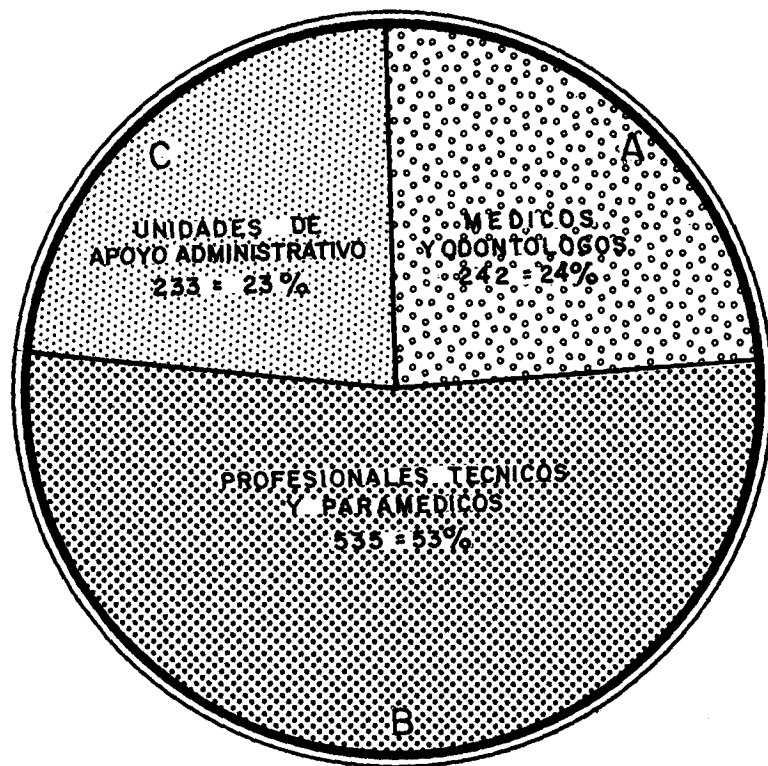
Como elemento vital y dinámico para viabilizar integralmente la oferta de salud en la Región Metropolitana y en cualquiera de sus niveles de atención, es necesario referirnos a los recursos humanos. Esta oferta de recursos como ya se mencionó anteriormente, está constituida para el Primer Nivel de Atención en esta región, por un conjunto de 1010 unidades, cuyo carácter heterogéneo desde el punto de vista profesional y funcional, así como también por su distribución geográfica y sus niveles de costo o remuneración, permiten que la oferta de salud mantenga algún nivel de resolución, en respuesta a la demanda de salud planteada por la población.

Para categorizar dicha oferta global de recursos humanos durante 1988, podemos agrupar la misma en 242 médicos y odontólogos, responsables por la atención médi-

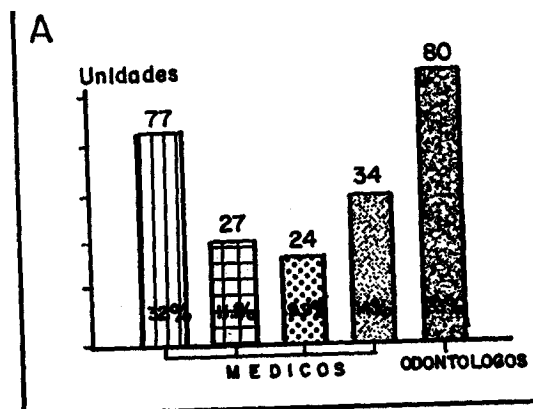
ca y odontológica directa al paciente; 535 profesionales técnicos y paramédicos, cuyo rol fundamental es el de apoyar y complementar la atención directa brindada por los médicos y un total de 233 unidades de apoyo administrativo, logístico, de mantenimiento, servicios generales y otros, los que representan en forma relativa el 24%, 53% y 23%, respectivamente (Ver Gráfica # 10).

En relación al grupo de los recursos humanos médicos y odontológicos, conformado por 242 unidades, y distribuidas en 162 médicos y 80 odontólogos equivalentes al 67%, y 33% del total de este grupo respectivamente, encontramos que los mismos se instrumentan a su vez de la siguiente manera: de los 162 médicos, el 32% corresponde a médicos generales (77), el 11% a médicos pediatras (27), el 9.9% a gineco-obstetras (24) y el resto o sea el 14%, lo componen básicamente, especialistas en dermatología, psiquiatría y neumología. (Ver Gráfica # 10).

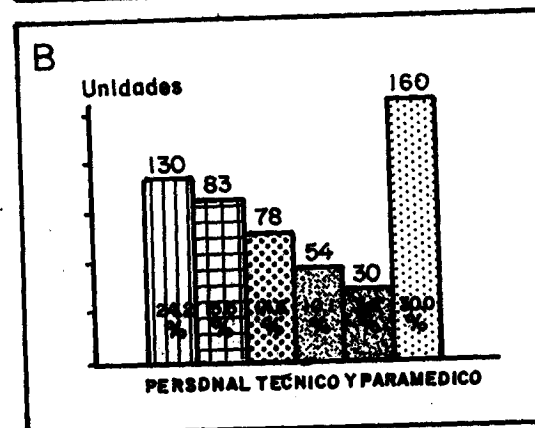
DISTRIBUCION DE LA OFERTA DEL RECURSO HUMANO EN LA REGION METROPOLITANA SEGUN TIPO DE PROFESIONAL: AÑO 1988



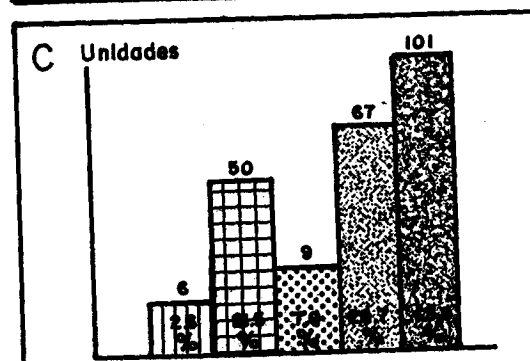
N = 1.010 = 100%



- MEDICO GENERAL
- PEDIATRA
- GINECO-OBSTETRA
- OTROS ESPECIALISTAS
- ODONTOLOGOS



- AUXILIARES ESTADISTICA
- AUXILIARES ENFERMERIA
- ENFERMERAS
- INSPECTOR DE SANEAMIENTO
- TRABAJADORES SOCIALES
- OTROS TECNICOS Y PARAMEDICOS.



- ADMINISTRADORES
- SECRETARIAS
- CONTADORES
- TRABAJADORES MANUALES
- OTROS ADMINISTRATIVOS

De los 77 médicos generales asignados a esta región en 1988, el 9% o sean 7, estuvieron destacados en la sede regional a la administración de salud y en diferentes clínicas de atención perisférica, mientras que los 70 restantes (91%), se ubicaron en 23 de los 31 establecimientos de salud de la región, a un promedio de 3 unidades por instalación. De acuerdo al plan operativo de ese año, apreciamos que la oferta de 70 médicos generales, reflejó una capacidad de 91,418 horas-hombre anuales, lo que en promedio de 1306 horas médico general-año, que distribuidas entre los días laborables, determinó una capacidad promedio de 6.22 horas diarias unidad-recurso. Con base a ésta capacidad en la oferta de médicos generales, la Región Metropolitana logró un índice promedio de 2.77 consulta de medicina general por cada hora de este recurso humano, lo que a su vez determinó una capacidad de atención de 17.24 consultas diarias por unidad-recurso, permitiendo a la Región Metropolitana de Salud, una

oferta diaria de 1206 consultas de medicina general. Con base a los indicadores señalados, observamos que durante 1988, basados en la oferta de 70 médicos generales, la capacidad de resolución permitió brindar a la población un total de 253,260 consultas de medicina general ese año.

No obstante, merece destacar, que el índice de consultas por hora (2.77) realizado en dicho período fue bajo, en comparación al índice, establecido según normas para la atención de medicina general, que es de 5 consultas por hora-hombre, lo que definitivamente demuestra una productividad relativamente menor a la que supuesta mente y en forma estandar, debe producir esta capacidad de resolución, conformada por esta oferta de recursos de medicina general (Ver Cuadro # 5).

Respecto a la oferta de Pediatras contemplada en 1988, vemos que de los 27 funcio narios, uno fue ubicado en la sede de es-

ta región y los otros restantes 26, se asignaron a 18 de los 31 establecimientos de salud, a un promedio de 1.4 recursos hombre por instalación. Esta capacidad de recursos pediatras, con una disponibilidad de 32,190 horas-hombre anuales, a un promedio de 5.68 horas diarias unidad-recurso, lograron una productividad de 3.35 consultas diarias por unidad-recurso pediatra, creando así una oferta diaria instalada o capacidad de resolución de 513 consultas de atención pediátrica por día de trabajo. En resumen, la Región Metropolitana durante 1988, según su oferta disponible de médicos pediatras logró una producción total de 107,730 consultas de este tipo.

El análisis de la productividad de la oferta de médicos pediatras, considerando el número de consultas por hora establecidas por la norma de atención, que es de 4 consultas por hora, nos permite determinar un bajo rendimiento en el índice real promedio logrado por la región

en ese año, lo que a su vez refleja una merma en la capacidad de resolución de 21,000 consultas al año, ya que la producción debió ser de aproximadamente 128,730 consultas pediátricas.

Otro de los recursos humanos nucleares presentes en oferta de esta región, lo constituyen los médicos gineco-obstetras, quienes durante 1988, sumaron un total de 24 unidades, distribuidas a un promedio de 1.3 médicos en 18 de los 31 establecimientos de la región. Estos 24 gineco-obstetras dedicados básicamente a la atención de la población femenina en las necesidades de atención médica especializada de ginecología y obstetricia, generaron un total de 29,635 horas-hombre anuales, lo que produjo 5.89 horas diarias por unidad-recurso. Estos indicadores reflejan una productividad de 2.67 consultas gineco-obstétricas por hora, lo que representó diariamente un total de 15,79 consultas por unidades-recurso. La oferta diaria instalada de estos 24 gineco-

obstetras fue de 379 consultas, lo que permitió a la región, el otorgamiento de alrededor de 79,590 consultas en este servicio. (ver Cuadro # 5).

Semejante a los médicos pediatras, observamos una merma en la capacidad resolutive del recurso médico gineco-obstetra, toda vez que de aplicársele la norma establecida de 4 consultas por hora, se advierte que estos 24 médicos debieron haber resuelto un total de 118,540 consultas aproximadamente y no 79,590 como en realidad fueron realizadas. (Ver Cuadro # 5).

Completando el grupo de los recursos humanos médico-nucleares (162), encontramos que la región mantuvo durante 1988, una oferta de 34 médicos dedicados a las especialidades de medicina dermatológica, psiquiátrica y de neumología, los cuales al observar sus índices de productividad, por ejemplo 1.79 consultas de dermatología por hora y 0.75 consultas de psiquiatría por hora, reflejan

al igual que los otros recursos nucleares enunciados y de manera más crítica, niveles improductivos, o lo que es igual, volúmenes de merma en la capacidad resolutive de estos recursos. Esta situación de mermas, en primera instancia la hemos determinado, al comparar dichos índices de productividad y sus niveles de producción, con las normas de atención establecidas para estas disciplinas (Ver Cuadro # 5).

Para concluir el análisis de la instrumentación y capacidad de oferta de recursos humanos médicos nucleares, cuyo total es de 242 unidades, encontramos que el 33% corresponden a médicos odontólogos distribuidos en 24 de los 31 establecimientos de salud, a un promedio de 3.3 unidades por instalación, que totalizan la suma de 79 odontólogos y 1 unidad asignada a la sede regional para una oferta total de 80 funcionarios.

Con base a esta oferta de médicos odontólogos, observamos que la región tuvo una pro-

ducción por el orden de los 236,981 consultas odontológicas aproximadamente, a un promedio de 2.28 consultas por hora. De igual forma se observa que los 79 odontólogos de esta región representaron un total de 94,500 horas-hombre anuales, lo que implicó 5.70 horas diarias unidad-recurso, para conformar una oferta de 1027 consultas odontológicas diarias. Esto permitió un índice de 12.99 consultas diarias por odontólogos contratados.

El análisis de este tipo de oferta al igual que los anteriores mencionados, reflejan que la capacidad de resolución del servicio de Odontología en la Región Metropolitana, fue ineficiente, tomando en consideración que el índice de productividad de 2.28 consultas por hora es 24% inferior a la norma de 3 consultas dadas por este servicio, situación que en consecuencia redujo la capacidad de resolución por el orden de 46,519 consultas durante 1988. (Ver Cuadro # 5).

CUADRO #5
INSTRUMENTACION Y CAPACIDAD DE LA OFERTA DEL RECURSO HUMANO NUCLEAR: MEDICOS Y
ODONTOLOGOS, DEDICADOS A LA ATENCION DIRECTA DE SALUD EN LA REGION METROPOLITANA.
AÑO: 1988.

R E C U R S O	UNIDADES	HORAS ANUALES	HORAS HOMBRE ANUALES	X HORAS DIARIAS U/RECURSO	CONSULTAS POR HORAS	CONSULTAS DIARIA POR U/RECURSO	OFERTA DIARIA CONSULTA	PRODUCCION ANUAL	NORMA DE ATENCION C/HORA
TOTAL	242	269.163	5.605	25.93	12.55	68.75	1020.033	703.978	18.3
IS GENERAL	70	91.418	1.306	6.22	2.77	17.24	1.206	253.260	5.0
RA	26	32.190	1.238	5.68	3.35	19.03	513.000	107.730	4.0
I-OBSTETRAS	24	29.635	1.235	5.83	2.67	15.79	379.000	79.590	4.0
SERVICIOS 1/	34	21.420	0.630	2.50	1.48	3.70	125.800	26.418	2.3
ILOGOS	79	94.500	1.196	5.70	2.28	12.99	1.027	236.980	3.0
IS GENERAL 2/	7								
RA 2/	1								
ILOGOS 2/	1								

/: Plan Operativo de la Region Metropolitana de Salud. 1988.
Consolidado Anual de la Region Metropolitana, 1988.

- / Se refiere a Dermatologos, Pediatras y Neumólogos
- / Recurso Humano con funciones administrativa en la Sede Regional y otras clínicas de salud periféricas.

Con relación al grupo de recursos humanos profesionales, técnicos y paramédicos, cuya responsabilidad principal es la de servir de apoyo y complemento a la atención directa del paciente brindada por el recurso médico nuclear, esta región dispuso durante 1988, de una oferta de 535 funcionarios de este tipo, los cuales representaron el 53% del total de la oferta de recursos humanos.

Lo expresado anteriormente, nos permite inferir la importancia relativa que representan los recursos técnicos de apoyo, en cuanto a la capacidad de resolución de esta región de salud, considerando el volumen significativo (53%) de los mismos, en el total de la oferta de recursos humanos.

Esta oferta de los recursos técnicos y paramédicos, se conforma básicamente de 17 categorías funcionales, las cuales podemos mencionar en su orden relativo de acuerdo a la cantidad de unidades, de la siguiente manera:

- 130 auxiliares de estadística, 24.2%
- 83 auxiliares de enfermería, 15.5%
- 78 enfermeras, 14.6%
- 54 inspectores de saneamiento, 10.1%
- 30 trabajadores sociales, 5.6%
- el resto de las 17 categorías funcionales, corresponden a 160 funcionarios cuya relación porcentual respecto al total de estos recursos humanos es menor al 5.5% (Ver Cuadro # 6).

Desde otro punto de vista, se observa que estos recursos humanos conforman una capacidad de resolución específica, según tipos de servicios de salud en la Región Metropolitana, de la siguiente manera:

- En primer lugar, el Servicio de Enfermería, cuya instrumentación de recursos humanos se conforma por 78 enfermeras, 83 auxiliares de enfermería y 1 ayudante de salud, para un porcentaje de instrumentación de

recursos humanos respecto a otros servicios por el orden de 30.2%.

- En segundo lugar, con un 25.8% de instrumentación de recursos humanos respecto al total, encontramos el área de Registros Médicos, con una dotación de 8 técnicos de estadística y 130 auxiliares.
- En tercer lugar, las áreas que agrupan los servicios de Educación para la Salud, Saneamiento Ambiental, Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria y Servicio Social, reflejando un nivel de instrumentación de 21.1% de recursos humanos.

Este grupo se constituye por 10 educadores para la salud, 54 inspectores de saneamiento, 19 veterinarios y 30 trabajadores sociales, lo que totaliza 113 unidades.

El resto de los 122 funcionarios correspondientes a esta oferta, se distribuyen en otros servicios de apoyo a la atención directa de salud, cuyos niveles de instrumentación de recursos humanos oscila entre el 0.9% al 6.4% (Ver Cuadro # 6).

El análisis de la oferta de recursos humanos, correspondiente a este grupo de profesionales en función de los establecimientos de salud contenidos en la oferta física de la Región Metropolitana , nos permite establecer las siguientes relaciones:

- Veintitres de los 31 establecimientos de salud, disponen de auxiliares de estadística a un promedio de 5.7 unidades por establecimiento, lo que representa un 74.2% establecimientos instrumentados con este recurso.
- Veintidos de las instalaciones de salud, disponen de un total de 83 auxiliares de enfermería, promediando una dotación de 3.8 recursos humanos por establecimiento, lo que equivale a

CUADRO #6
INSTRUMENTACION Y CAPACIDAD DEL RECURSO HUMANO
NUCLEAR, DEDICADO A LOS SERVICIOS INTERMEDIOS DE
ATENCION DE SALUD EN LA REGION METROPOLITANA.
AÑO: 1988.

RECURSO	UNIDADES	%	SERVICIO	%
TOTAL	535	100.0		100.00
AYUDANTE DE SALUD	1	0.2	ENF.	0.2
ENFERMERA	78	14.6	ENF.	14.6
AUXILIAR DE ENFERMERIA	83	15.5	ENF.	15.5
ASISTENTE DE ODONTOLOGIA	29	5.4	ODONT.	5.4
LABORATORISTA CLINICO	23	4.3	L. CLIN.	4.3
ASISTENTE DE LABORATORIO	11	2.1	L. CLIN.	2.1
FARMACEUTICO	3	0.6	FARM.	0.6
ASISTENTE DE FARMACIA	25	4.7	FARM.	4.7
TRABAJADOR SOCIAL	30	5.6	S. SOC.	5.6
NUTRICIONISTA	8	1.5	AT. NUT.	1.5
OPTOMETRISTA	5	0.9	OFTALM	0.9
PSICOLOGO	18	3.4	PSIC.	3.4
EDUCADOR PARA LA SALUD	10	1.9	E. SAL.	1.9
INSPECTOR DE SANEAMIENTO	54	10.1	S. AMB.	10.1
TECNICO DE ESTADISTICA	8	1.5	EST.	1.5
AUXILIAR DE ESTADISTICA	130	24.3	EST.	24.3
VETERINARIO	19	3.6	CAVV	3.6

un nivel de 71% de establecimientos instrumentados con auxiliares de enfermería.

- Las 78 enfermeras se encuentran distribuidas entre la totalidad de los establecimientos de la región, lo que infiere un promedio de 2.5 enfermeras por cada uno de los 31 establecimientos.

Esto determina un 100% de instalaciones instrumentados con este recurso humano nuclear.

- En cuanto a inspectores de saneamiento ambiental (54 unidades), 22 establecimientos de salud disponen de este recurso humano, lo que representa un 71% de establecimientos instrumentados con esta capacidad de resolución humana. Se estiman 2.5 inspectores de saneamiento por instalación.

- Solamente en 19 de los 31 establecimientos de la región, se dispone de trabajadores sociales, lo que implica un grado de instrumentación de 61.2% establecimientos dotados con esta oferta. De los 30 trabajadores sociales asignados a la región, se advierte una distribución por establecimiento de 21 unidades por programa, lo que refleja un promedio recurso-enfermería por establecimiento de 1 enfermera, para un total de 51,660 horas anuales en la región, distribuídas así mismo, en 17,220 horas anuales por cada uno de los tres servicios. Es importante señalar, que esta distribución horaria, corresponde a las 63 enfermeras encargadas de programas (maternal, infantil, adulto), ya que las otras 6 unidades son administrativas y de otros programas como: salud mental.

En cuanto a la oferta de horas diarias unidad-recurso, los registros reflejan un índice promedio

de 3.90, el cual es semejante en los Servicios de gineco-obstetricia y adulto, disminuyendo a 3.80 en el servicio de atención infantil, lo que produce un promedio de 1.61 consultas de enfermería por hora, con su mayor índice de 1.94 consultas por horas, en el servicio infantil. Así entonces, se establece un índice promedio de 6.28 consultas diarias por cada una de las enfermeras contratadas en la región. Si analizamos este índice promedio de 6.28 consultas diarias por enfermera, encontramos un índice de 7.60 consultas diarias en el servicio infantil, de 5.43 en el de gineco-obstetricia y 5.82 en el de adultos, lo que genera una oferta diaria de 389 consultas de enfermería a nivel de la región, siendo el servicio infantil, el que mayor capacidad de resolución plantea, con un nivel de 152 consultas diarias, siguiéndole el de adulto con 124 consultas diarias y por último el servicio de gineco-obstetricia, cuya oferta diaria es de 113 consultas de enfermería.

Como vemos, esta masa de recursos humanos dedicados al Servicio de Enfermería, permitió durante 1988, que los 22 Centros de salud dispersos en la Región Metropolitana, lograran en su capacidad de resolución global, otorgar un total de 91,183 consultas de enfermería, que apoyaron y complementaron de manera directa e indirecta, la oferta generada por los recursos médicos nucleares. (Ver Cuadro # 7).

Es necesario señalar, en cuanto a los índices de rendimiento de la enfermera dedicada a la atención de los servicios básicos en el Primer Nivel de Atención de esta región, que los mismos analizados en función de cada uno de los establecimientos de salud, reflejan un comportamiento particular de la siguiente forma:

- En el Programa Infantil, el índice promedio general es de 1.94 consultas por horas, pero éste varía en rangos mínimos de 0.60 consultas por horas (Centro de

Salud de Paraíso), a 3.09 consultas por horas (Centro de Salud de Nuevo Veranillo), lo que ubica a 10 establecimientos de salud por debajo del promedio general y once establecimientos superando el mismo. (Ver Cuadro # 7 y 8).

- El programa de gineco-obstetricia, con un índice general promedio de 1.39 consultas por hora, refleja un índice mínimo de 0.18 consultas en el Centro de Salud de Paraíso y otro máximo de 2.96 consultas por horas, en el Centro de Salud de Tocuemen. En este servicio, 14 establecimientos de salud reflejan diversos índices de rendimiento menor a 1.39 consultas por hora y los restantes establecimientos, superan dicho índice. (Ver Cuadro # 7 y 9).
- El Programa de Salud de Adultos, con un promedio general de 1.49 consultas-hora, refleja un mayor desequilibrio en este índice de rendimiento, considerando que el Centro de Salud de Veracruz, refleja

solamente un índice de 0.08 consultas por horas, mientras que el Centro de Salud Emiliano Ponce, mantiene un índice muy superior de 10.05 consultas por hora. Esta situación por el desequilibrio reflejado en la capacidad de resolución de los establecimientos de la región, produce que 17 establecimientos reflejen distintos índices de rendimientos, inferiores al promedio general de 1.94, lo que coloca al 81% de los establecimientos, con un supuesto nivel de baja resolución. (Ver Cuadro # 7 y 10).

En consencuencia a la variabilidad encontrada en el índice de rendimiento consulta por hora del servicio de enfermería, se puede observar de igual forma, cambios en los índices de producción de consulta día-recurso lo que en definitiva hace a cada establecimiento de salud, poseedor de una capacidad de resolución en cuanto a consultas de enfermería, de carácter dinámico y particular a cada una de éstos, considerando como un razonamiento lógico a esta situación, los

CUADRO #7
 INSTRUMENTACION Y CAPACIDAD DE LA OFERTA DEL RECURSO HUMANO ENFERMERIA,
 DEDICADO A LOS SERVICIOS INTERMEDIOS DE ATENCION DE SALUD, EN LA REGION METROPOLITANA.
 AÑO: 1988.

SERVICIOS	UNIDADES DE RECURSO HUMANO	HORAS ANUALES	HORAS DIARIAS V/RECURSO	CONSULTAS POR HORA	CONSULTAS DIARIAS POR SERVICIOS	OFERTA DIARIA CONSULTA	PRODUC
CONSULTAS DE ENFERMERIA							
INFANTIL	21	17720	3.80	1.94	7.60	152	3
GINECO-OBSTETRA	21	17220	3.90	1.39	5.43	113	2
ADULTO	21	17220	3.90	1.49	5.82	124	2
SUB-TOTAL	63	51660	3.90	1.61	6.28	389	5
ADMINISTRATIVO LOCALES Y	6						
OTROS PROGRAMAS	6						
SEDE REGIONAL	3						
OTRAS INSTALACIONES							
TOTAL	78						

FUENTE: Plan Operativo de la Region Metropolitana de Salud. 1988.

CUADRO #8
INSTRUMENTACION Y CAPACIDAD DE LA OFERTA DEL RECURSOS HUMANO ENFERMERA,
EN EL PROGRAMA INFANTIL, EN LA REGION METROPOLITANA.
AÑO: 1988.

I N S T I T U C I O N	NUMEROS RECURSO	HORAS ANUALES	HORAS DIARIAS U/RECURSO	CONSULTAS POR HORAS	CONSULTAS DIARIAS POR U/RECURSO	OFERTA DIARIA INSTITUCION	PRODUCCION
TOTAL REGION METROPOLITANA	21	17220	3.90	1.94	7.60	152	30
SAN FELIPE	1	840	4.00	0.73	2.94	3	
SATAN ANA	1	840	4.00	2.18	8.75	3	
CHORRILLO	1	840	4.00	1.55	6.22	6	
EMILIANO PONCE	1	840	4.00	1.28	5.12	5	
CURUNDU	1	840	4.00	1.31	5.26	5	
PUEBLO NUEVO	1	840	4.00	1.47	5.89	6	
PARQUE LEFEVRE	1	840	4.00	2.86	11.45	11	
RIO ABAJO	1	840	4.00	1.74	6.99	7	
BOCA LA CAJA	1	840	4.00	0.48	1.95	2	
JUAN DIAZ	1	840	4.00	2.12	8.49	8	
PEDREGAL	1	840	4.00	2.67	10.68	11	
TOCUMEN	1	840	4.00	2.84	11.37	11	
NUEVO VERANILLO	1	840	4.00	3.09	12.39	12	
AMELIA DENIS DE ICAZA	1	840	4.00	1.93	7.75	8	
SAN ISIDRO	1	840	4.00	2.11	8.46	8	
CERRO BATEA	1	840	4.00	2.19	8.75	9	
TORRIJOS CARTE	1	840	4.00	2.17	8.70	9	
ALCADE DIAZ	1	840	4.00	2.63	10.53	10	
CHILIBRE	1	840	4.00	2.39	9.56	10	
VERAGRUZ	1	840	4.00	1.70	6.81	7	
TABOGA							
PARAISO	1	420	2.00	0.60	1.20	1	

FUENTE: Departamento de Registro Médicos y Estadística de Salud.

CUADRO #9
CIDAD DE LA OFERTA DEL RECURSO HUMANO ENFERMERA,
NECO OBSTETRICIA, EN LA REGION METROPOLITANA.
AÑO: 1988.

HORAS	HORAS	CONSULTAS	CONSULTAS	OFERTA	PROC
ANUALES	DIARIAS	POR	DIARIAS POR	DIARIA	
	U/RECURSO	HORAS	U/RECURSO	INSTITUCION	
17220	3.90	1.39	5.43	113	
840	4.00	0.41	1.64	2	
840	4.00	2.30	9.22	9	
840	4.00	2.91	11.67	12	
840	4.00	0.98	3.95	4	
840	4.00	0.85	3.38	3	
840	4.00	1.27	5.08	5	
840	4.00	1.10	4.40	4	
840	4.00	2.30	9.21	9	
840	4.00	0.40	1.58	2	
840	4.00	0.68	2.73	3	
840	4.00	1.07	4.28	4	
840	4.00	2.96	11.86	12	
840	4.00	2.08	8.36	8	
840	4.00	1.40	5.61	6	
840	4.00	1.23	4.94	5	
840	4.00	1.26	5.05	3	
840	4.00	1.24	4.96	5	
840	4.00	2.90	11.60	12	
840	4.00	0.71	2.83	3	
840	4.00	0.30	1.22	1	
420	2.00	0.18	0.35	1	

CUADRO #10
INSTRUMENTACION Y CAPACIDAD DE LA OFERTA DEL RECURSOS HUMANO ENFERMERA,
EN EL PROGRAMA DE ADULTOS, EN LA REGION METROPOLITANA.
AÑO: 1988.

I N S T I T U C I O N	NUMEROS RECURSO	HORAS ANUALES	HORAS DIARIAS U/RECURSO	CONSULTAS POR HORAS	CONSULTAS DIARIAS POR U/RECURSO	OFERTA DIARIA INSTITUCION	PRODUCCION
TOTAL REGION METROPOLITANA	21	17220	3.90	1.49	5.82	124	21
SAN FELIPE	1	840	4.00	0.19	0.76	1	
SATAN ANA	1	840	4.00	1.49	5.98	6	
CHORRILLO	1	840	4.00	5.78	23.14	23	
EMILIANO PONCE	1	840	4.00	10.05	40.20	40	
CURUNDU	1	840	4.00	0.99	3.96	4	
PUEBLO NUEVO	1	840	4.00	0.78	3.11	3	
PARQUE LEFEVRE	1	840	4.00	2.06	4.25	4	
RIO ABAJO	1	840	4.00	0.44	1.75	2	
BOCA LA CAJA	1	840	4.00	1.16	4.66	5	
JUAN DIAZ	1	840	4.00	1.75	7.02	7	
PEDREGAL	1	840	4.00	1.18	4.72	5	
TDCUMEN	1	840	4.00	1.21	4.82	5	
NUEVO VERANILLO	1	840	4.00	0.49	1.95	2	
AMELIA DENIS DE ICAZA	1	840	4.00	0.59	2.36	2	
SAN ISIDRO	1	840	4.00	1.44	5.75	6	
CERRO BATEA	1	840	4.00	0.69	2.76	3	
TORRIJOS CARTE	1	840	4.00	0.37	1.51	1	
ALCADE DIAZ	1	840	4.00	0.42	1.71	2	
CHILIBRE	1	840	4.00	0.28	1.13	1	
VERAGRUZ	1	840	4.00	0.08	0.31	1	
PARAISO	1	420	2.00	0.19	0.38	1	

FUENTE: Departamento de Registro Médicos y Estadística de Salud.

factores y condicionantes de sus respectivas demandas y ofertas de salud. (ver Cuadro # 11).

Para completar la oferta de recursos humanos en este Primer Nivel de Atención, encontramos un grupo conformado por 233 unidades denominadas de apoyo administrativo, de mantenimiento, de servicios generales, logística y otros, cuya labor en esta región viabiliza el desarrollo normal de los grupos de trabajo descritos previamente en esta oferta de recursos humanos. Este grupo con un peso relativo de 23% respecto al total regional, se conforma según estructuras de cargos, en 6 administradores, 50 secretarias, 9 contadores, 67 trabajadores manuales y otro personal no clasificado (101) específicamente, según área funcional. De este grupo de recursos humanos, el mayor peso relativo 43.3%, corresponde a aquellos cuya clasificación es inespecífica, siguiéndole en su orden con el 28.8%, los trabajadores manuales y el grupo de secretarias con 21.5% (Ver Cuadro #12).

CUADRO #11
INSTRUMENTACION Y RENDIMIENTO DEL RECURSO HUMANO-ENFERMERA
SEGUN PROGRAMA DE ATENCION EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LA REGION METROPOLITANA. AÑO: 1988.

RECURSO	NUMERO DE ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE RECURSO	% RECURSO P/EST.	% CONS./HORA MIN. MAX.	% CONS./DIA MIN. MAX.
INFANTIL	22	21	1	0.60 3.09	1.20 12.39
GINECO-OBSTETRA	22	21	1	0.18 2.96	0.35 11.86
ADULTO	22	21	1	0.08 10.05	0.31 40.20
SUB-TOTAL	22	63		0.28 5.40	0.62 21.48
ADMINISTRATIVO Y OTROS PROGRAMAS		6			
TOTAL		69			

FUENTE: Plan Operativo de la Region Metropolitana de Salud. 1988.

CUADRO #12
DISTRIBUCION DE OFERTA DE RECURSO HUMANO
ADMINISTRATIVO, SEGUN CARGOS EN LA REGION
METROPOLITANA. AÑO: 1988.

RECURSO	UNIDADES	PORCENTAJE
ADMINISTRADORES	6	2.5
SECRETARIAS	50	21.5
CONTADORES	9	3.9
TRABAJADORES MANUALES	67	28.8
OTROS ADMINISTRATIVOS	101	43.3
TOTAL ADMINISTRATIVO	233	100.0
PORCENTAJE	23 %	
TOTAL REG. METROPOLITANA	1010	

FUENTE: Consolidade Anual de la Región
Metropolitana de Salud. 1988.

Respecto a este tipo de recursos humanos, el sistema de salud aún no prevee parámetros de productividad y rendimientos adecuados, que permitan determinar objetiva y técnicamente, su capacidad de resolución de servicios administrativos, lo que impide establecer sus niveles de producción.

En consecuencia a lo anterior, el Sistema de Salud y por ende de la Región Metropolitana, en los procesos de planeación y programación de la oferta de recursos humanos administrativos, no dispone de indicadores que le permitan el uso eficiente de este tipo de recursos.

Hasta aquí, hemos analizado la oferta y demanda de Servicios de Salud en la Región Metropolitana, lo cual ha permitido conocer aspectos importantes de la misma, en esta región del país, que concentra el mayor número de profesionales oferentes de servicio,

En el siguiente capítulo, se describen y analizan los resultados obtenidos en la encues

ta aplicada al recurso humano-enfermera, ob
jeto de este trabajo de investigación.

CAPITULO III

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

**PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS
Y SU RELACION CON EL MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO**

Una vez descritos en Capítulos anteriores, aspectos sobresalientes de la demanda y oferta de servicios en la Región Metropolitana de Salud, presentamos los datos obtenidos a través de la encuesta, instrumento utilizado en la investigación, la cual permitirá analizar en forma más objetiva y concreta, la situación sobre la oferta de Servicios de Enfermería en el Primer Nivel de Atención en la región.

TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION
DE LOS DATOS

CUADRO #13
DISTRIBUCION DEL UNIVERSO SUJETO AL ESTUDIO,
DE ACUERDO AL CENTRO DE SALUD DONDE LABORAN.

CENTRO DE SALUD	TIPO FUNCIONARIO							
	ENFERMERAS		ADMINISTRATIVO		NO INFORMADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	51	41.1	61	49	12	9.7	124	100.0
SAN ISIDRO	3	5.9	4	6.6			7	5.6
AMELIA DENIS DE ICAZA	2	3.9	1	1.6	1	8.3	4	3.2
CERRO BATEA	3	5.9	1	1.6			4	3.2
NUEVO VERANILLO	6	11.8	3	4.9			9	7.3
EMILIANO PONCE	2	3.9	5	8.2			7	5.6
CURUNDU	2	3.9	1	1.6			3	2.4
BOCA LA CAJA	2	3.9	1	1.6	1	8.3	4	3.2
JUAN DIAZ	2	3.9	4	6.6	1	8.3	7	5.6
PARQUE LEFEVRE	4	7.8	1	1.6			5	4.0
ROMULO ROUX	1	2.0	4	6.6	1	8.3	6	4.8
TORRIJOS CARTE	3	5.9	1	1.6	1	8.3	5	4.0
CHILIBRE	3	5.9	3	4.9			6	4.8
RIO ABAJO	3	5.9	1	1.6			4	3.2
PARAISO	1	2.0	1	1.6			2	1.6
SANTA ANA	2	3.9	5	8.2	1	8.3	8	6.5
TOCUMEN	2	3.9	4	6.6			6	4.8
ALCALDE DIAZ	2	3.9	2	3.3			4	3.2
PEDREGAL	2	3.9	4	6.6	1	8.3	7	5.6
SAN FELIPE	1	2.0	2	3.3			3	2.4
CHORRILLO	3	5.9	2	3.3			5	4.0
VERAGRUZ	2	3.9	3	4.9			5	4.0
NO INFORMADO			8	13.1	5	41.2	13	10.5

CUADRO # 13

En este cuadro, observamos la distribución del universo sujeto al estudio, de acuerdo al tipo de funcionario encuestado y centro de salud donde labora. El mismo demuestra, que del total de la muestra representada por 124 funcionarios, el 90.3% respondió la encuesta y de éstos 41.1 eran enfermeras, 49.2 fueron administrativos que distribuían cupos y el 9.7 restante, no contestó. También es importante destacar, que el mayor porcentaje de funcionarios que respondió el formulario, estaban ubicados en los Centros de Salud de Nuevo Veranillo, Santa Ana, Pedregal, San Isidro, Emiliano Ponce y Juan Díaz. Se espera encuestar a las 69 enfermeras que laboran a nivel local para esa fecha, sin embargo, no fue posible aplicar el instrumento al 26% de éstas, ya que algunas estaban de vacaciones, licencias, incapacidad, etc., de allí que sólo se encuestó al 74% que representa a 51 enfermeras.

CUADRO #14
DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EDAD, DE LAS ENFERMERAS
Y ADMINISTRATIVOS ENCUESTADOS EN CENTROS DE SALUD DE LA
REGION METROPOLITANA, AÑO 1988.

E D A D D E L O S E N C U E S T A D O S	T I P O D E F U N C I O N A R I O							
	E N F E R M E R A S		A D M I N I S T R A T I V O		N O I N F O R M A D O		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	51	41.1	61	49.2	12	9.7	124	100.0
20 A 24 AÑOS		0.0	4	3.2	1	0.8	5	4.0
25 A 29 AÑOS	5	4.0	11	8.9		0.0	16	12.9
30 A 34 AÑOS	10	8.1	8	6.5	2	1.6	20	16.1
35 A 39 AÑOS	10	8.1	11	8.9	3	2.4	24	19.4
40 A 44 AÑOS	11	8.9	6	4.8	1	0.8	18	14.5
45 A 49 AÑOS	8	6.5	12	9.7	1	0.8	21	16.9
50 A MAS AÑOS	1	0.8	2	1.6	1	0.8	4	3.2
NO INFORMADO	6	4.8	7	5.6	3	2.4	16	12.9

FUENTE: Encuesta Aplicada en Junio 1988, a/fs 124 Funcionarios.
Region Metropolitana de salud.

CUADRO # 14

En este cuadro se destaca, que el mayor porcentaje de unidades de la muestra estudiada, está ubicado, en los rangos de edad, que van de 25 a 49 años de edad, lo cual nos permite inferir, que son funcionarios con cierta experiencia, capacidad y en plena edad productiva.

CUADRO #15
DISTRIBUCION DEL UNIVERSO SUJETO AL ESTUDIO, SEGUN AÑOS DE SERVICIOS
PROFESIONAL, TIEMPO EN LA REGION METROPOLITANA, EN EL CENTRO DE SALUD Y EN EL
PROGRAMA A SU CARGO. 1988.

CARACTERISTICAS	M E N O R		1 - 5 AÑO		6 - 10 AÑO		+ DE 10 AÑO		NO		TOTAL
	DE 1 AÑO								INFORMADO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
AÑOS DE SERVICIOS PROFESIONAL	0	0.0	13	10.5	30	24.2	74	59.7	7	5.6	124
TIEMPO DE SERV. EN REG.METROP.	13	10.5	50	40.3	34	27.4	22	17.7	5	4.0	124
TIEMPO DE SERV. EN ESE C.SALUD	4	3.2	25	20.2	35	28.2	38	30.6	22	17.7	124
TIEMPO EN PROG. A SU CARGO	27	21.8	48	38.7	38	30.6	0	0.0	11	8.9	124

FUENTE: Encuesta Aplicada en Junio, 1988, a 124 Funcionarios,
Region Metropolitana de Salud.

CUADRO # 15

En éste, observamos que una gran proporción del recurso humano sujeto al estudio, el 59.7%, tiene más de 10 años de servicio profesional, el 67.7% tiene de 1 a 10 años de laborar en la Región Metropolitana, el 17.7% más de 10 años y sólo el 10.5% menos de un año. Estos indicadores permiten inferir, que son funcionarios con experiencia y de gran trayectoria en este nivel de atención, lo cual les otorga mayores posibilidades para contribuir con el logro de la meta SPT-2000.

También es posible observar a través de este Cuadro, que el 30.6% tiene más de 10 años de laborar en una misma área de responsabilidad; el 28.2% de 6 a 10 años y el 20.2% de 1 a 5 años; lo cual les ofrece la oportunidad de conocer mejor la problemática, costumbres e idiosincrasia de la población a la cual sirven. Además, el 30.6% tiene de 6 a 10 años de laborar en el mismo programa y el 38.7% de 1 a 5 años.

Los indicadores analizados en este Cuadro, son herramientas importantes del conocimiento y se constituyen en ventajas que deben permitir mejorar estrategias de acción para el logro de metas.

CUADRO #16
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN
EN CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA, SEGUN
PUESTO QUE DESEMPEÑAN Y PROGRAMA A SU CARGO, 1988.

PROGRAMA DE SALUD A SU CARGO	ENF. J E F E I		ENF. PEDIAT.		ENF. OBSTE.		ENF. PSIQ. Y M.		ENF. S. ADULTO		ENF. B
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
TOTAL	18	35.3	4	7.8	10	19.6	1	2.0	4	7.8	14
ROGRAMA MATERNAL	6	11.8			7	13.7				0.0	1
ROGRAMA INFANTIL	3	5.9	3	5.9	1	2.0				0.0	6
ROGRAMA ADULTO	5	9.8	1	2.0					3	5.9	5
ROGRAMA SALUD ESCOLAR	1	2.0								0.0	
ROGRAMA P.A.I.	1	2.0			1	2.0				0.0	
ROGRAMA MANIPULADOR DE ALIMENTO					1	2.0				0.0	1
ADMINISTRACION	1	2.0								0.0	
ODOS	1	2.0					1	2.0		0.0	
O INFORMADO									1	2.0	1

UENTE: Encuesta aplicada en Junio de 1988, a 124 Funcionarios
Region Metropolitana de salud.

CUADRO # 16

Este cuadro permite conocer los diferentes programas a cargo de las enfermeras que laboran en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana, de acuerdo a la especialidad que desempeñan, observándose de que 18 enfermeras jefes encuestadas que representan el 35.3% de la muestra de enfermeras, sólo una, o sea el 2%, se dedicaba exclusivamente a funciones administrativas, el resto de las enfermeras jefes de centros, además de las funciones administrativas, tienen a su cargo algún programa (maternal, infantil, adulto, escolar, etc.). Igualmente, es importante resaltar que la enfermera con alguna especialidad, no sólo desempeña funciones en el programa relacionado con su especialidad, sino que también, de acuerdo a la necesidad del servicio u organización funcional de la instalación, puede desempeñarse en otro programa.

CUADRO #17
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ADMINISTRATIVOS QUE DISTRIBUYEN CUPOS
EN CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA, SEGUN PUESTO QUE
DESEMPEÑAN Y PROGRAMA A SU CARGO, 1988.

PROGRAMA DE SALUD A CARGO	PUESTO QUE DESEMPEÑA											
	AUX. REG. MED.		CAJERO		J. DEP. ARC. CLI.		ASIST. ODONT.		ASIST. FARMACIA		LAE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	48	78.7	5	8.2	3	4.9	2	3.3	2	3.3		
PROGRAMA MATERNAL	6	9.8		0.0		0.0		0.0		0.0		
PROGRAMA INFANTIL	13	21.3		0.0	1	1.6		0.0		0.0		
PROGRAMA ADULTO	7	11.5		0.0		0.0		0.0		0.0		
PROGRAMA BUCAL	2	3.3	2	3.3		0.0	1	1.6		0.0		
PROGRAMA MANIPULADOR DE ALIMENTO	3	4.9		0.0	1	1.6		0.0		0.0		
MEDICINA GENERAL	4	6.6		0.0		0.0		0.0		0.0		
JEFE DE REGISTRO MEDICO	1	1.6		0.0		0.0		0.0		0.0		
TODOS	4	6.6		0.0		0.0		0.0		0.0		
NO INFORMADO	8	13.1	3	4.9	1	1.6	1	1.6	2	3.3		

FUENTE: Encuesta aplicada en Junio de 1988, a 124 Funcionarios
Region Metropolitana de salud.

CUADRO # 17

A través de éste, observamos el tipo de funcionario encargado de la distribución de cupos en los Centros de Salud de esta región y el programa en el que desempeñan funciones. El 78.7% de la muestra de los responsables de la distribución de cupos, son auxiliares de registros médicos; sin embargo, en algunos centros, da respuesta a esta necesidad del servicio, el cajero, el jefe de archivos clínicos, el asistente de odontología, el asistente de Farmacia y el laboratorista clínico.

CUADRO #18
HORARIO DE DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CUPOS VS HORARIO DE ATENCION
EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA
1988.

HORA QUE DISTRIBUYEN LOS CUPOS	HORARIO DE ATENCION EN EL CENTRO										
	7 A 3		7 A 5		7 A 9		7 A 11		OTROS		NO INF
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
TOTAL	99	79.8	8	6.5	3	2.4	2	1.6	2	1.6	10
6:00 A 7:00 A.M	5	4.0	1	0.8		0.0		0.0		0.0	
6:30 A 7:30 A.M	13	10.5		0.0		0.0		0.0		0.0	
6:30 A 8:00 A.M	18	14.5		0.0		0.0		0.0	2	1.6	1
7:00 A 9:00 A.M	48	38.7	3	2.4	2	1.6	2	1.6		0.0	3
TODO EL DIA	4	3.2	3	2.4		0.0		0.0		0.0	2
OTROS	6	4.8		0.0		0.0		0.0		0.0	
NO INFORMADO	5	4.0	1	0.8	1	0.8		0.0		0.0	4

FUENTE: Encuesta aplicada en Junio de 1988, a 124 Funcionarios
Region Metropolitana de salud.

CUADRO # 18

Se observa en este cuadro, que el 80% de los encuestados respondió que el Centro de Salud donde laboran ofrece servicios de atención en un horario de 7-3 y la distribución de cupos de atención, según un porcentaje significativo el 39% se realiza en un horario de 7 a 9 de la mañana, en otros, el 14.5% de 6:30 a 8:00 a.m. y el 10.5% respondió que en horario de 6:30 a 7:30. Este horario de distribución de cupos de atención, nos hace señalar que la demanda de atención se limita a horarios fijos.

CUADRO #19
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS SERVICIOS FINALES DE ATENCION,
SEGUN NUMEROS DE DIAS DE OFERTA SEMANAL, EN LA REGION METROPOLITANA. 1988.

SERVICIOS	NUMEROS DE DIAS DE ATENCION SEMANAL												TOTAL
	5	%	4	%	3	%	2	%	1	%	NO INF.	%	
MEDICINA GENERAL	118	95.2	1	0.8		0.0		0.0		0.0	5	4.0	124
PEDIATRIA	108	87.1	1	0.8		0.0		0.0		0.0	15	12.1	124
GINECO-OBSTETRICIA	86	69.4	4	3.2	18	14.5	6	4.8	2	1.6	8	6.5	124
PSIQUIATRIA	20	16.1	3	2.4	12	9.7	35	28.2	33	26.6	21	16.9	124
ODONTOLOGIA	110	88.7		0.0	1	0.8	1	0.8		0.0	12	9.7	124
OFTALMOLOGIA	7	5.6		0.0		0.0	8	6.5	4	3.2	105	84.7	124

FUENTE: Encuesta Aplicada en Junio 1988, a 124 Funcionarios
Region Metropolitana de Salud.

CUADRO # 19

En cuanto a la oferta de servicios finales de atención se refiere, se observa en este Cuadro, que un porcentaje mayor al 85% de los encuestados, respondió que el servicio de Medicina General, Pediatría y Odontología, se ofrece los 5 días laborables de la semana; el 69% respondió que Gineco-Obstetricia, también se ofrece 5 días a la semana; pero también es importante señalar, que el 14.5% de los encuestados respondió que hay centros de salud, en donde el servicio de Gineco-Obstetricia, sólo se ofrece 3 días a la semana. Psiquiatría es uno de los servicios en donde sólo el 16.1% de los encuestados, respondió que se ofrecía 5 días a la semana, la gran mayoría de respuestas se concentró en uno y dos días de atención, representando el 26.6% y 28.2% respectiva -mente. Igualmente importante resulta resaltar, que el 84.7% de la muestra sujeta al estudio, no informaron nada con respecto al servicio de oftalmología.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO, SEGUN NUMERO DE DIAS DE OFERTA SEMANAL, EN LA REGION METROPOLITANA. 1988.

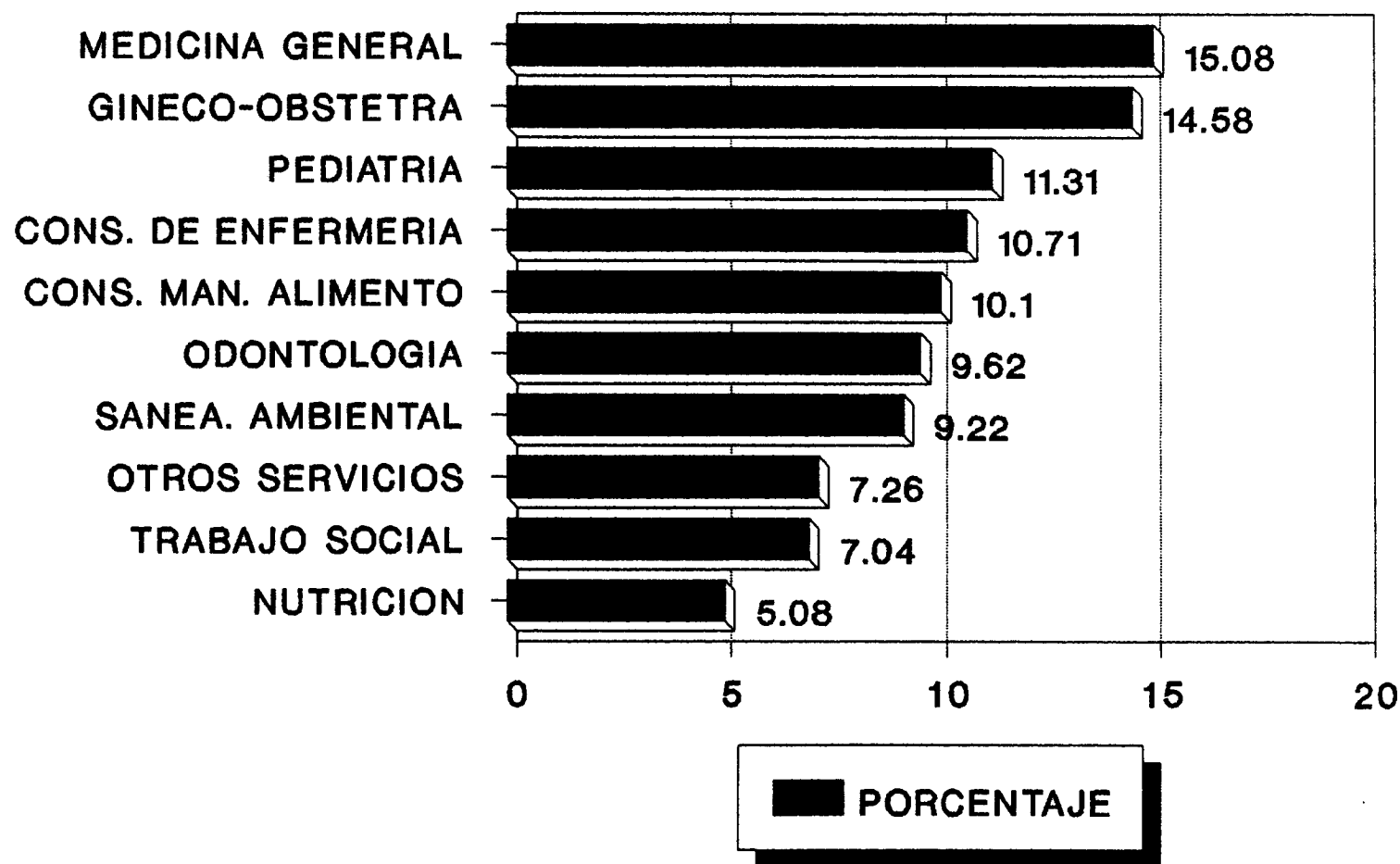
SERVICIOS	NUMEROS DE DIAS DE ATENCION SEMANAL											
	5	%	4	%	3	%	2	%	1	%	NO INF.	%
NUTRICION	41	33.1	3	2.4	2	1.6	1	0.8	5	4.0	72	58.1
ESTIMULACION PRECOZ	19	15.3	8	6.5	3	2.4	17	13.7	51	41.1	26	21.0
PSICOLOGIA	13	10.5	2	1.6	25	20.2	29	23.4	23	18.5	32	25.8
TRABAJO SOCIAL	107	86.3	4	3.2		0.0		0.0		0.0	13	10.5
SANEAMIENTO AMBIENTAL	112	90.3		0.0		0.0		0.0		0.0	12	9.7
LABORATORIO	113	91.1	1	0.8		0.0		0.0		0.0	10	8.1
FARMACIA	117	94.4		0.0		0.0		0.0		0.0	7	5.6
CONSULTA ENFERMERIA ADULTOS	93	75.0	3	2.4	9	7.3		0.0		0.0	19	15.3
CONSULTA ENFERMERIA PEDIATRIA	100	80.6	6	4.8	5	4.0	1	0.8		0.0	12	9.7
CONSULTA ENFERMERIA OBSTETRICA	103	83.1	5	4.0	1	0.8	3	2.4		0.0	12	9.7
CONS. ENFERMERIA SALUD MENTAL	32	25.8	2	1.6	5	4.0	13	10.5	13	10.5	59	47.6
VACUNACION	116	93.5		0.0		0.0		0.0		0.0	8	6.5
VISITAS DOMICILIAR	91	73.4	10	8.1	3	2.4	1	0.8	2	1.6	17	13.7

FUENTE: Encuesta Aplicada en Junio, 1988, a 124 Funcionarios
Region Metropolitana de Salud.

CUADRO # 20

Al analizar este cuadro, observamos que un alto porcentaje de los encuestados, del 80-94%, respondió que la mayoría de estos servicios señalados se ofrecen los 5 días laborables de la semana, sin embargo, hay servicios como Nutrición, estimulación precoz, psicología y la consulta de enfermería en salud mental, en donde el mayor porcentaje de respuestas, fue la columna de no informaron, lo cual resulta interesante desde el punto de vista administrativo y al cual nos referimos en las Conclusiones, ya que pareciera que los funcionarios desconocen aspectos de funcionalidad del Centro de Salud.

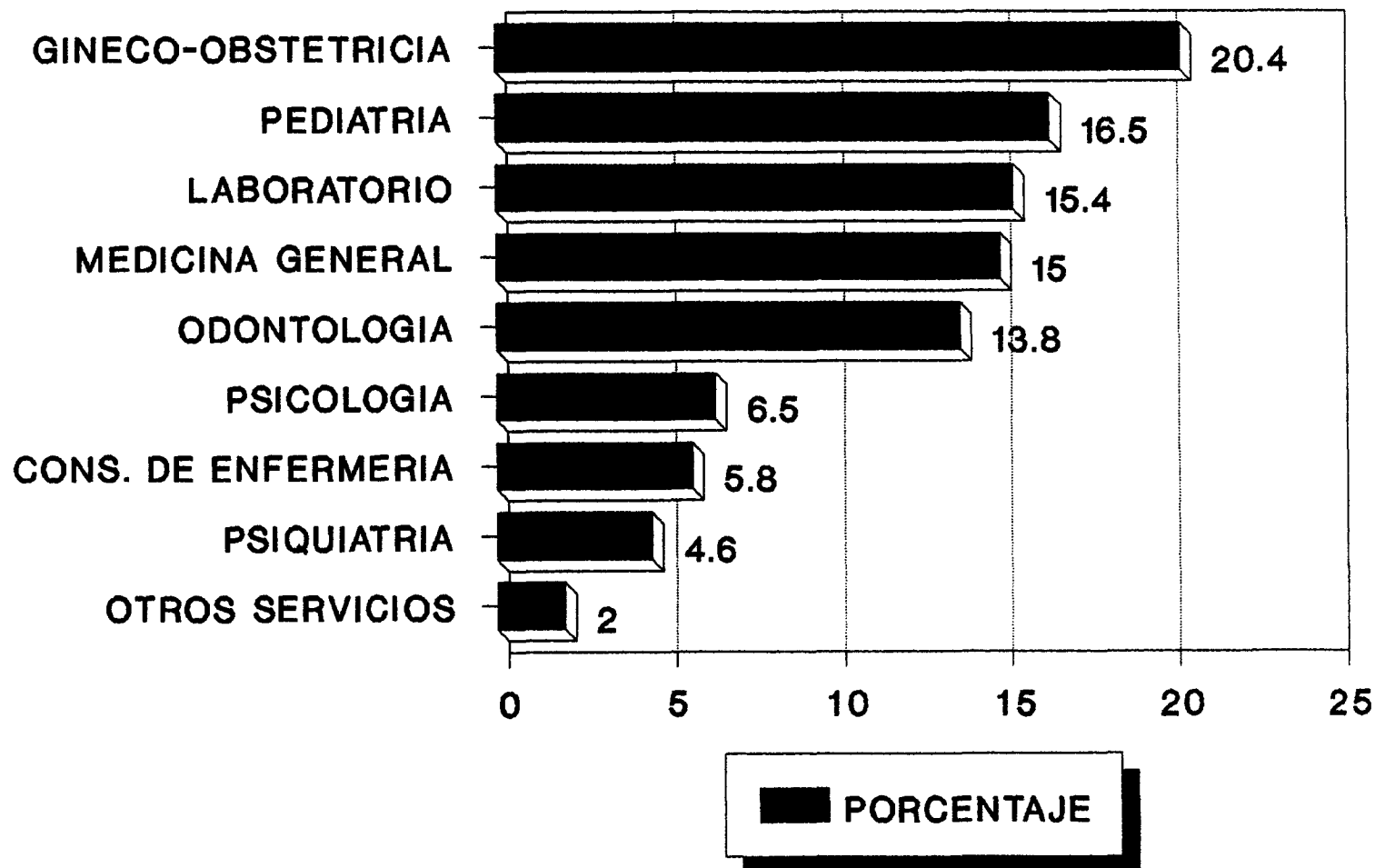
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS SERVICIOS CON MAYOR
DEMANDA DE ATENCION EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA
REGION METROPOLITANA 1988.**



GRAFICA # 11

Esta Gráfica pone de manifiesto, cuáles son los servicios con mayor demanda de atención en los Centros de Salud de la Región Metropolitana, ocupando la primera posición según el 15.8% de los encuestados, el servicio de medicina general; según el 14.6%, le sigue el Servicio de Gineco-Obstetricia; el tercer lugar, el Servicio de Pediatría según el 11.3% de los entrevistados y en cuarto lugar las consultas al Servicio de Enfermería según el 10.7% de la muestra sujeta al estudio; siguiéndole otros servicios con menos de mandas espontánea, según datos obtenidos en el instrumento de investigación, tales como: manipuladores de alimento el 10.1%, Odontología 9.6%, Saneamiento Ambiental 9.2%, Trabajo social 7.0%, Nutrición 5.1% y otros servicios 7.3%.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS SERVICIOS DONDE CON MAYOR FRECUENCIA SE QUEDAN LOS PACIENTES SIN CUPOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA 1988.

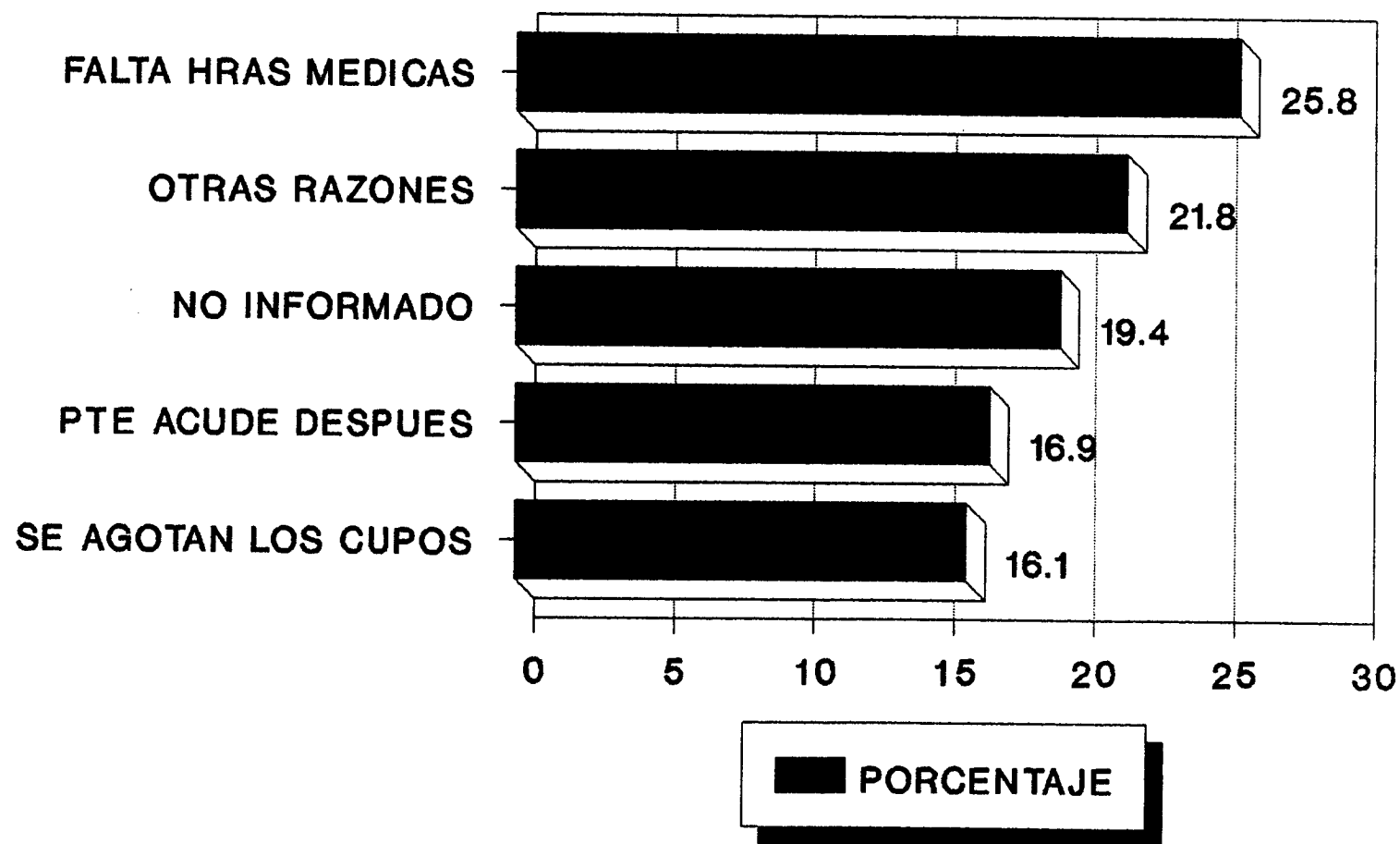


GRAFICA # 12

Esta Gráfica nos demuestra, según el 20.4% de los encuestados, que el Servicio de Gineco-Obstetricia, es el que con mayor frecuencia deja pacientes sin cupo; le siguen en orden de frecuencia el de Pediatría, según el 16.5% de los encuestados, luego el de Laboratorio, según el 15.4%, el de Medicina General según el 15%, el de Odontología según el 13.8% y otros servicios, de acuerdo a menos del 10% de los encuestados.

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TRES RAZONES IMPORTANTES
POR LAS QUE SE QUEDAN SIN ATENDER PACIENTES EN LOS
CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA 1988.**

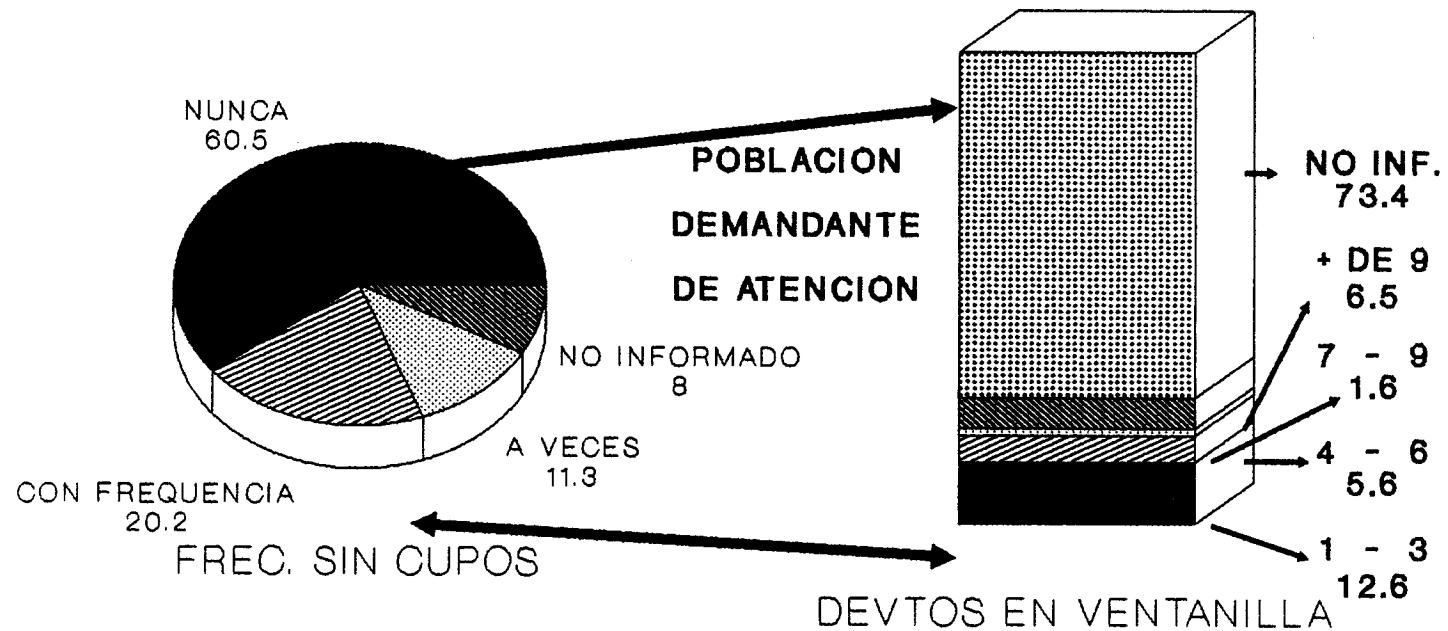
RAZONES



GRAFICA # 13

Esta nos señala claramente, las principales razones por las que se quedan los pacientes sin cupo en los Centros de Salud. El 25.8% de los encuestados coinciden en que faltan horas médicas; el 16.9% señalan que los pacientes acuden después del horario determinado para asignar cupos, según el 16.1%, porque los pacientes acuden a solicitar cupos cuando ya se han agotado y el 21.8% señaló diversas razones. Un porcentaje importante, el 19.4% de la muestra sujeta al estudio no señaló razones.

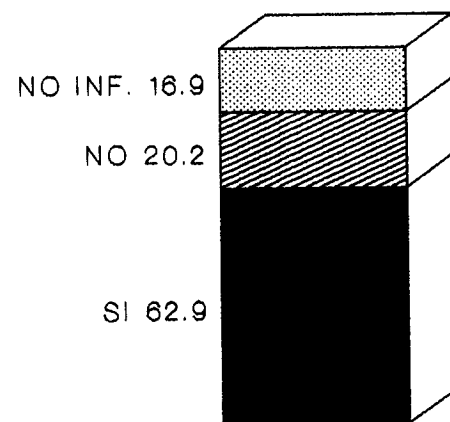
RELACION ENTRE LAS VARIABLES FRECUENCIA CON QUE SE QUEDAN LOS PACIENTES SIN CUPO Y NUMERO DE PACIENTES DEVUELTO DE VENTANILLA EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA 1988.



GRAFICA # 14

Al analizar en esta Gráfica la relación entre las variables: frecuencia con que se quedan los pacientes sin cupo y número de pacientes devueltos diariamente de ventanilla, observamos que el 20.2% de los funcionarios sujetos a la investigación, respondieron que con frecuencia se quedan pacientes sin cupo de atención en el Centro de Salud donde laboran y el 6.5% de ellos, coincidieron en reconocer que más de 9 pacientes son rechazados o devueltos de ventanilla diariamente y el 73.4% de los entrevistados, no respondió la pregunta de cuántos pacientes se quedan sin cupo en el día.

RELACION ENTRE LAS VARIABLES FUNCION DE FILTRO Y QUIEN LO REALIZA EN LOS CENTROS DE LA REGION METROPOLITANA 1988



FUNCION DE FILTRO

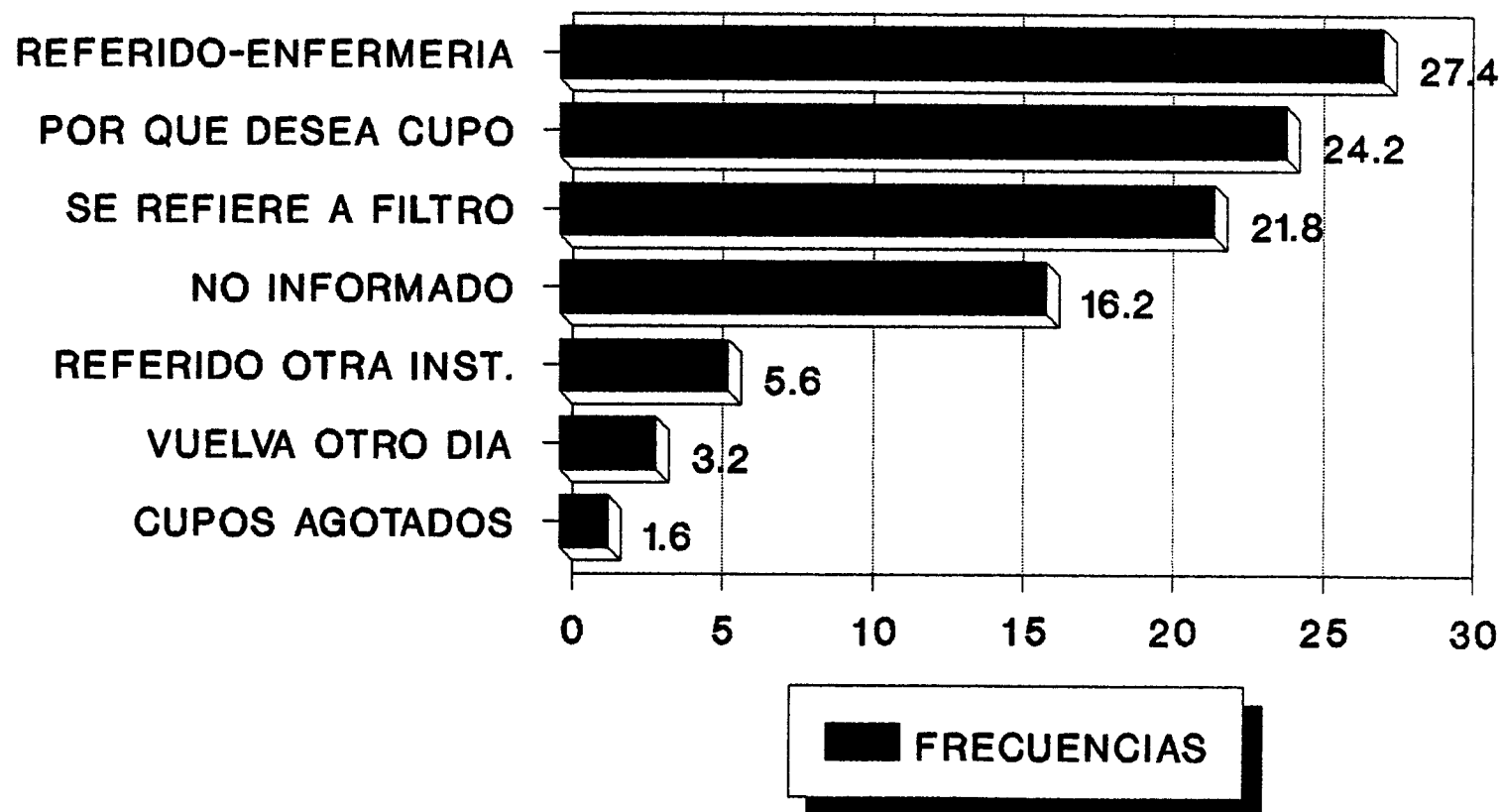


PROFESIONALES

GRAFICA # 15

Al relacionar las variables funciones de filtro y quién lo realiza en los Centros de Salud, observamos que el 62.9% de los encuestados, respondieron que sí se realiza la función de filtro y es la enfermera quien con mayor frecuencia lo realiza según el 50% de los entrevistados, ya que el médico también desarrolla esta función, pero con menor frecuencia, según el 12.1% de los encuestados.

OPCIONES DEL PACIENTE QUE NO LOGRA CUPO DE ATENCION EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA 1988.

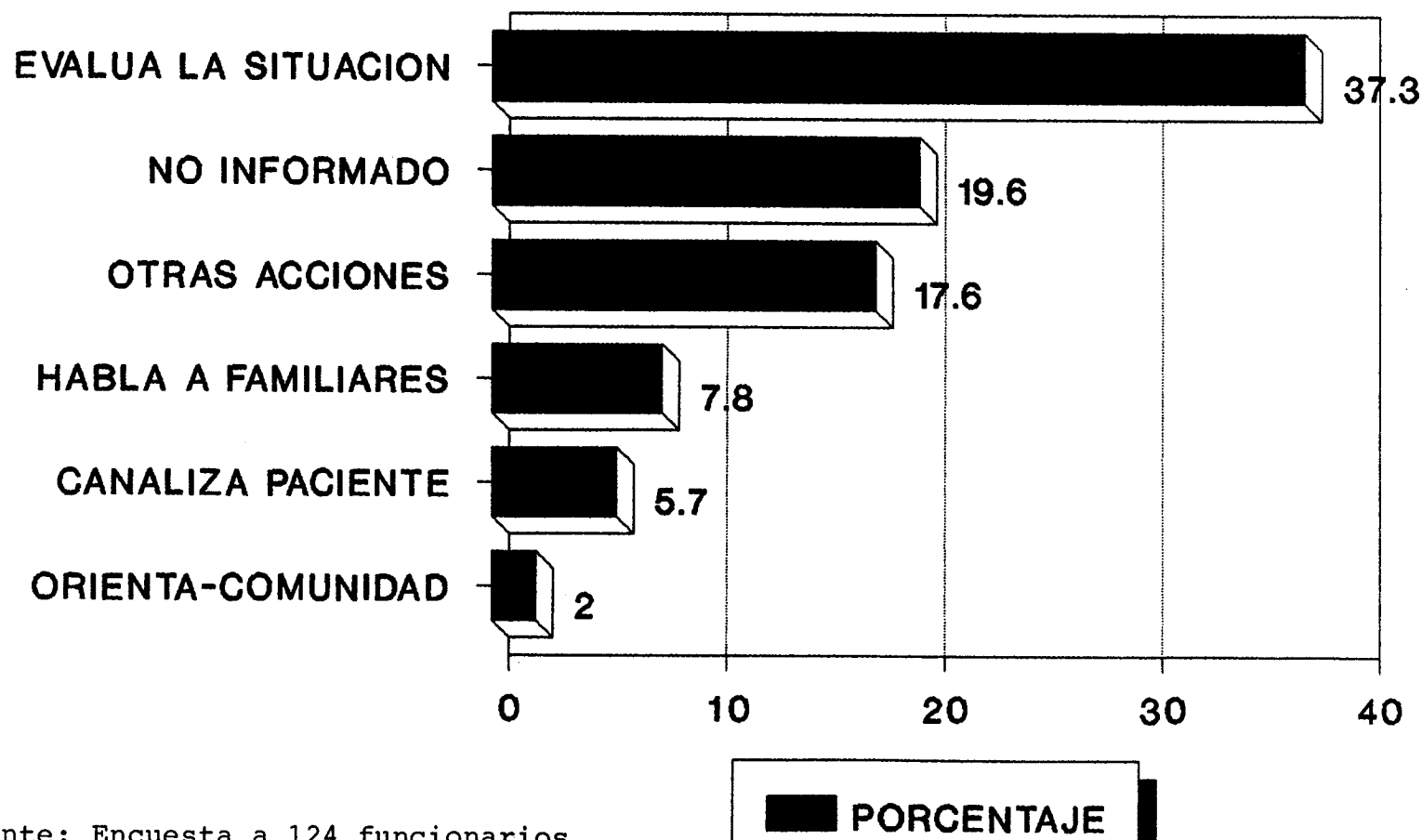


GRAFICA # 16

Esta Gráfica permite observar, que el paciente que no logra cupo de atención en el servicio que él demanda, según el 27.4% de los funcionarios sujetos al estudio, son referidos a Enfermería, según el 24,2% se les pregunta la razón del cupo, según el 21.8% se refieren a filtros; estas tres opciones en síntesis, significan pasar por filtro, lo cual ofrece al demandante, la oportunidad de recibir algún tipo de atención. Igualmente observamos en la Gráfica, que un porcentaje menor al 6% es referido a otras instituciones o se les dice que se agotaron los cupos y que vuelva otro día.

**ACCIONES DE MAYOR IMPORTANCIA REALIZADAS POR ENFERMERAS
CON EL PACIENTE QUE NO LOGRA CUPO DE ATENCION EN LOS
CENTROS DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA 1988.**

ACCIONES

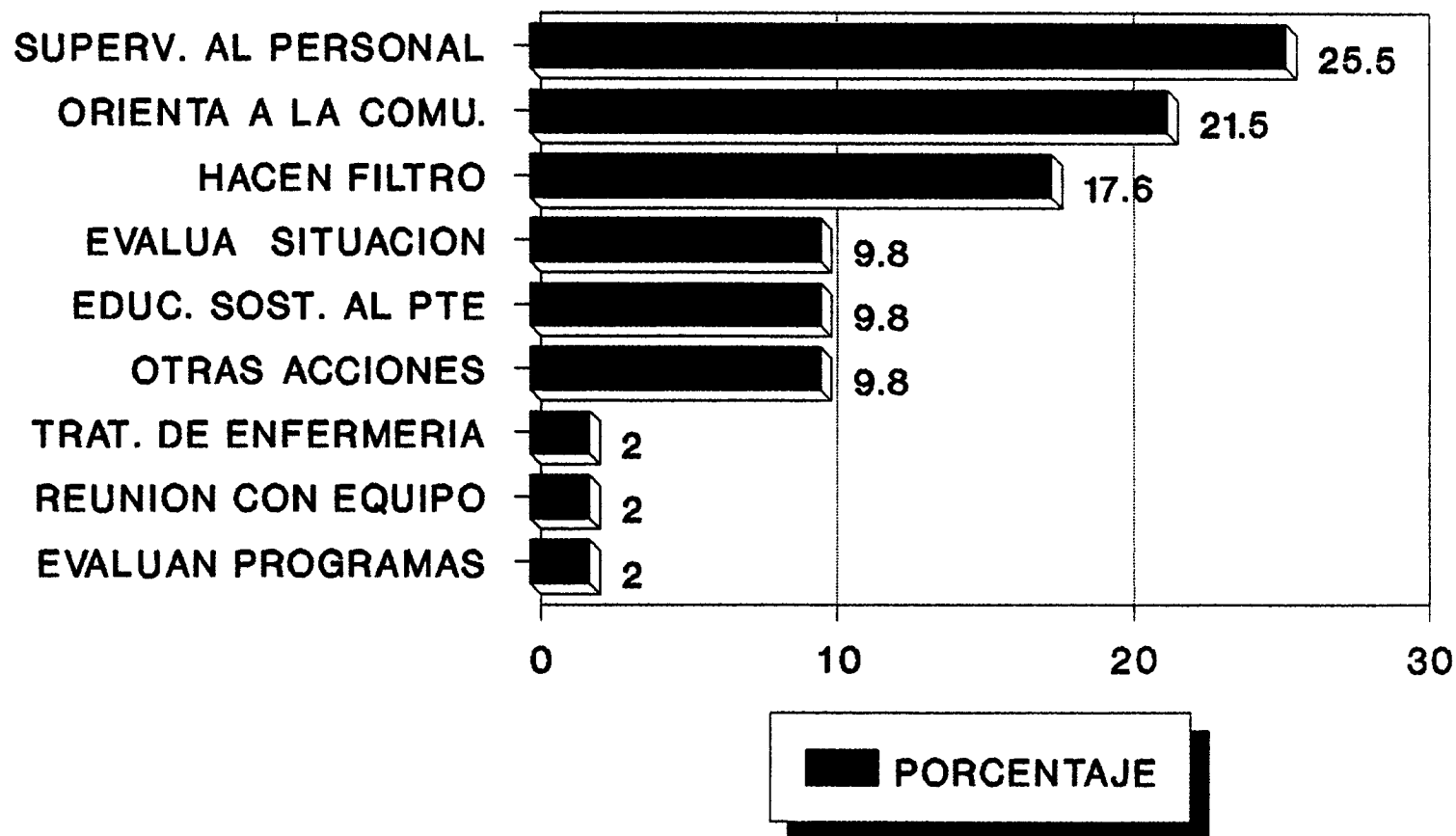


Fuente: Encuesta a 124 funcionarios.

GRAFICA # 17

A través de esta Gráfica observamos igualmente que en otras, que las acciones realizadas con la finalidad de dar algún tipo de respuesta al paciente que no logra cupo para atención, están básicamente enfocadas hacia enfermería, quien se limita a evaluar al paciente y canalizarlo hacia alguna forma de resolución a su problemática.

**ACCIONES ADMINISTRATIVAS DE ORGANIZACION DE SERVICIOS
REALIZADAS POR LA ENFERMERA, PARA EVITAR QUE EL PACIENTE
SE QUEDEN SIN CUPOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA
REGION METROPOLITANA 1988.**

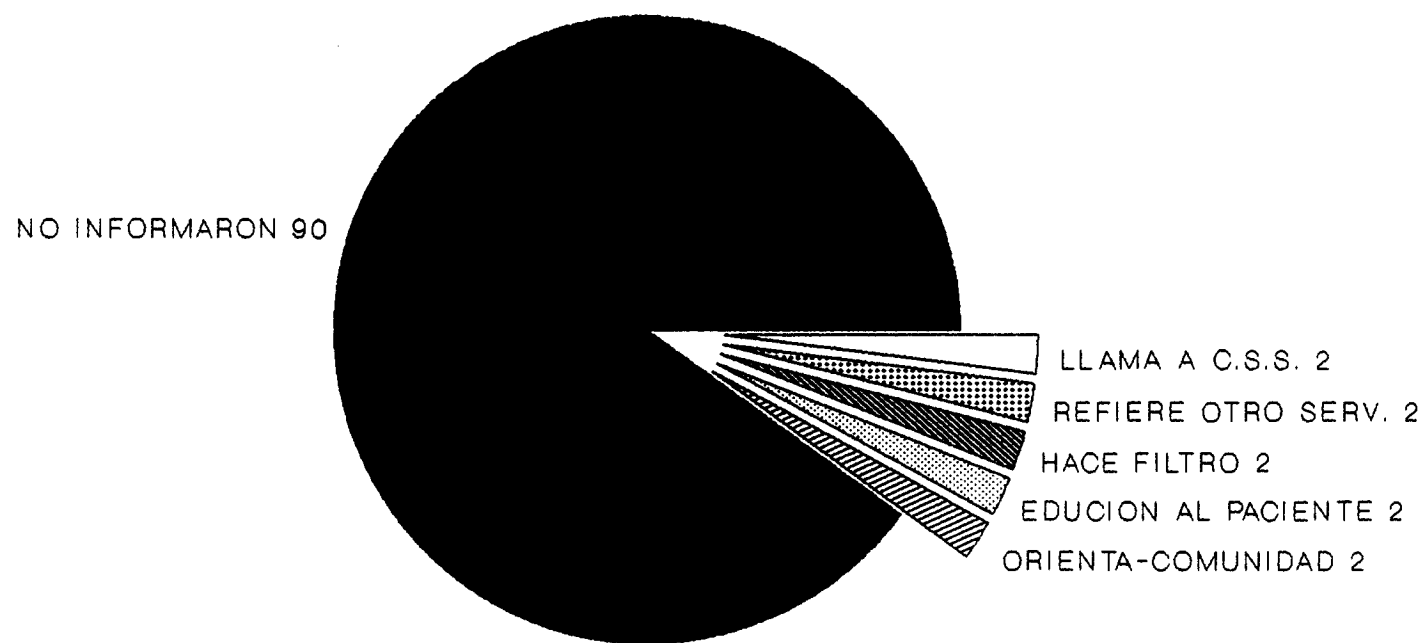


Fuente: Encuesta a 124 Enfermeras

GRAFICA # 18

Al hablar de las acciones administrativas de organización de servicios, con la finalidad de reducir al mínimo el número de pacientes que se quedan sin cupos de atención, las enfermeras encuestadas, respondieron en mayor frecuencia, que realizaban acciones de supervisión al personal, orientaban a la comunidad, hacían filtro.

**OTRAS ACCIONES QUE PODRIAN REALIZAR LAS ENFERMERAS PARA
EVITAR RECHAZO DE PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA
REGION METROPOLITANA 1988.**

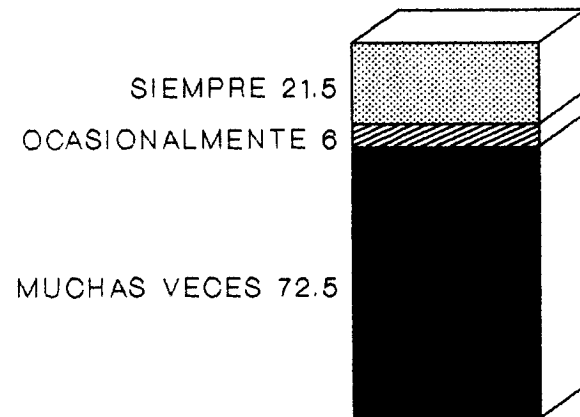


Fuente: Encuesta a 124 funcionarios.
Región Metropolitana de Salud.
Junio. 1988.

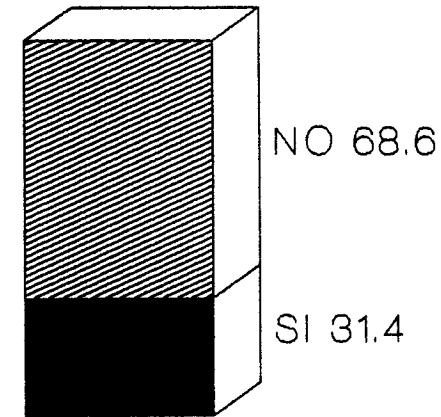
GRAFICA # 19

Al interrogar a la muestra de enfermeras sujetas al estudio, sobre otras acciones que podrían realizar las enfermeras para evitar el rechazo de pacientes en los Centros de Salud, encontramos que el 90% de los encuestados, no respondió y el 10% que sí lo hizo, enunció las mismas acciones ya respondidas a través de otras preguntas.

**RELACION ENTRE LAS VARIABLES SATISFACCION DEL PACIENTE
POR LA ATENCION Y ESTUDIOS DE INVESTIGACION REALIZADOS
SOBRE DEMANDA EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA
REGION METROPOLITANA 1988.**



**SASTIFACCION
DEL PACIENTE**

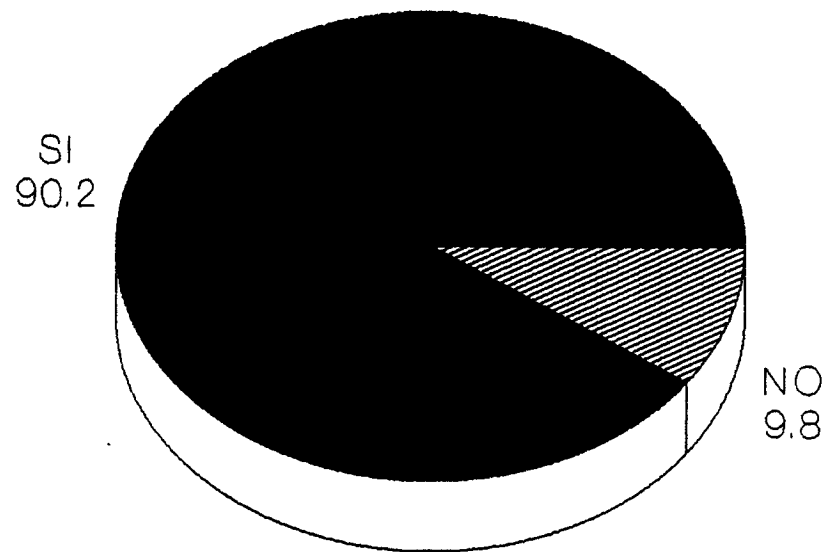


**ESTUDIO DE INVESTIGACION
SOBRE DEMANDA**

GRAFICA # 20

El relacionar las variables satisfacción del paciente por la atención vs estudios de investigación realizados sobre demanda en la Región Metropolitana, permite observar que las respuestas por parte de los técnicos, de que el paciente muchas veces está satisfecho por la atención según el 72.5% de las entrevistas y siempre satisfecho, según el 21.5%, es subjetiva, ya que sólo nos permiten contestar esta pregunta en forma categórica, las investigacioones o estudios realizados sobre demanda y oferta de servicios, de los cuales carecemos en nuestro país, tal como lo demuestra el 68.6% de los encuestados, quienes respondieron que no habían realizado estudios de este tipo.

**PORCENTAJE DE ENFERMERAS QUE CONSIDERAN QUE ESTAN
ASUMIENDO EL ROL PARA EL CUAL ESTAN PREPARADAS, EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA REGION METROPOLITANA 1988.**



GRAFICA # 21

Según el 90.2% de las Enfermeras encuestadas, están asumiendo el rol para el cual están preparadas y sólo el 9.8%, siente que no está asumiendo su rol.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El desarrollo de este trabajo de graduación, ha permitido analizar diferentes situaciones al incursionar en el tema de la oferta y demanda de los servicios de salud, en los establecimientos del Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana de Salud, conduciendo éstos, a las siguientes conclusiones:

A.- DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DEMANDA

A.1 La población que demanda servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de esta región para 1988, procede de corregimientos con características urbanas, semi-urbanas y rurales. El 49.3% de ésta, pertenece al sexo masculino y el 50.7% al sexo femenino, correspondiéndole al grupo de menores de 15 años, el 31.6% de esta población y el 26.0% a las mujeres en edad fértil (15-49 años); lo cual permite inferir, que un alto porcentaje de la demanda por servicios de salud en esta región, está dirigida al Servicio Materno Infantil.

A.2 Esta población refleja niveles de ingreso que oscilan entre rangos: alto-medio y medio-bajo, sin

embargo, la que mayormente demanda servicios de atención de salud en el Primer Nivel de Atención, es aquella población con niveles de ingreso medio-bajo.

A.3 De acuerdo al número de consultas, atendidas durante 1988, se observó que los servicios con mayor demanda de atención fueron: el Programa de Salud Bucal, el Infantil, el de Adultos y el Programa Maternal.

A.4 La demanda de atención por servicios de salud a que nos referimos, es aquella que aparece registrada a través de las consultas, ya que la demanda rechazada o insatisfecha existente, no es posible medirla a través de nuestro Sistema de Información, debido a que la misma no queda registrada.

A.5 Al referirnos a la oferta y demanda de servicios de salud, observamos una estrecha relación entre estos dos conceptos; sin embargo, dado que los servicios de salud (oferta...) se otorgan a partir de la demanda real o registrada (la cual surge a su vez de la demanda espontánea, inducida y/o de

la agregada), esta demanda no es absoluta, ya que deja de lado a una gran proporción de la masa poblacional, la que constituye en sí la demanda potencial de salud, y que por diversos factores o condicionantes de la demanda, en gran medida busca respuesta a sus necesidades de salud a través de la automedicación o mediante el uso de la medicina tradicional y otras formas de atención de salud.

- A.6 En salud, es importante diferenciar la demanda, enfocándola desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, a fin de procurar una oferta adecuada de los servicios de salud en todo momento y que permita responder a la variación dinámica del volumen de demanda, así como también a la variación en su estructura.

B.- DESDE LA PERSPECTIVA DE LA OFERTA:

- B.1 Los análisis presentados a través de este documento, relativos a la oferta de servicios de salud en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana de Salud, permiten señalar que su oferta de salud, constituída esencialmente por el conjun-

to de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos, no alcanza aún los niveles de eficiencia, eficacia y equidad requeridos para el logro de la Meta SPT-2000, debido en gran parte a factores de orden estructural y organizacional del propio Sistema de Salud, más que a la adecuada dotación de recursos básicos de la oferta de salud existente.

B.2 El estudio de la capacidad resolutive para hacer frente a la demanda por servicios de salud en esta región, permitió evidenciar que el nivel de resolución, depende en gran medida de la estructura administrativa y funcional de los servicios de atención en las diferentes instalaciones que componen la red de oferta de servicios de salud en esta área del país, ya que algunas de las variables estudiadas ponen de manifiesto que:

- a) Los horarios de distribución de cupos y de atención a la población, responden más a la satisfacción de necesidades de los oferentes del servicio, que a las necesidades de la demanda de atención de esa población.

- b) La relación entre las variables: servicios con mayor demanda de atención y servicios ~~que~~ con mayor frecuencia dejan a los pacientes sin cupos, nos demuestran que son los mismos servicios los que responden a estas variables.

- c) Uno de los servicios con mayor demanda de atención, lo es el de Gineco-Obstetricia, sin embargo,este no se ofrece en algunos centros de salud diariamente.

- d) El análisis de las causas más importantes por las que se quedan los pacientes sin cupo de atención en los Centros de Salud en la Región, determinó que ésto obedecía a la falta de horas médicas y a la existencia de horarios rígidos y cortos para la distribución de cupos. Sin embargo, el análisis de la producción-vs-rendimiento del recurso humano de acuerdo a los servicios, reflejó durante 1988, de acuerdo a las horas contratadas, que la producción tuvo una merma significativa, que puede obedecer a diversos factores, los cuales han de ser determinados por las autoridades jerárqui-

cas correspondientes.

- e) Otro punto importante que se concluye en esta investigación, es que un porcentaje significativo de los funcionarios oferentes de servicios de salud en esta región, desconocen aspectos de organización y funcionalidad de la instalación donde laboran tales como: horarios de atención y servicios que se ofrecen.

B.3 Este trabajo ha permitido señalar, que aunque la demanda por servicios de salud rechazada o insatisfecha no se registra, ésta existe, dado que diariamente se devuelven los pacientes de ventanilla sin atender por diferentes razones. Además, existen otros factores que permiten inferir demanda insatisfecha, tales como: tiempo de espera prolongada antes de ser atendidos, duración de la atención y evaluación insatisfactoria durante la misma, inasistencia del funcionario que debe ofrecer la atención.

B.4 El análisis del rol actual de la enfermera ante la demanda de población no atendida por los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de esta

región, demuestra datos que contribuyen a enunciar las siguientes conclusiones:

- a) Un alto porcentaje de las enfermeras que laboran en este nivel de atención en la región, son un recurso humano joven, en edad productiva, con amplia experiencia profesional tanto en servicios del primer nivel de atención, como en el programa que tienen a su cargo a desarrollar, dado que llevan varios años de ejecutoria en los mismos. Al hablar de la capacidad del recurso humano, ésta experiencia profesional es un indicador importante en la adquisición de conocimientos, ya que éstos no sólo se obtienen a nivel formal, si no también a nivel informal.
- b) Las variables investigadas demuestran que las enfermeras en esta región, están capacitadas para ser entes polivalentes dentro de los servicios de salud, con un amplio campo de acción en la comunidad, al que pueden dar respuesta en la medida en que las necesidades lo exijan; sin embargo los hallazgos permiten afir-

que actualmente la enfermera en la ejecución de sus funciones, se ha rutinizado o mecanizado en funciones tradicionales, que no requieren de una amplia capacidad de conocimientos científicos y tecnológicos avanzados como los que posee ella y que inciden en el nivel de eficiencia de este recurso humano.

- c) Los resultados observados en la Gráfica # 19, reafirman la conclusión de que las enfermeras en este nivel de atención en la región, siguen un patrón rígido y tradicional en el desempeño de sus funciones, dado que el 90% de la muestra estudiada, no respondió a la pregunta: ¿Qué otras acciones podría realizar la enfermera, además de: orientar, hacer filtro, atender consultas, vacunar, inyectar, algunas actividades administrativas, etc.?
- d) Otro aspecto evidente entre los resultados del estudio, es el hecho de que los trabajos de investigación por parte de las enfermeras, son algunos casos escasos y de poco contenido.

- e) De acuerdo a la investigación, un porcentaje mayoritario de las enfermeras encuestadas, manifestaron satisfacción por el rol que actualmente están asumiendo; sin embargo, una parte minoritaria demostró insatisfacción por su rol. Esta situación nos lleva a concluir que un porcentaje de enfermeras se sienten realizadas con las acciones que desempeñan y otras no, probablemente porque sienten que pueden desarrollar otras funciones más complejas y no explotadas, o porque aún no han logrado desarrollar plenamente las funciones señaladas como tradicionales.
- f) El análisis sobre la instrumentación y capacidad resolutiva de la oferta de enfermería en esta región, nos revela bajos niveles de eficiencia en la atención directa al individuo, realizada por este recurso en los programas de atención de los establecimientos de salud que conforman la red de oferta del primer nivel. El análisis de producción-vs-rendimiento de estas unidades oferentes de servicios, se desarrolló a partir de cuatro horas supuesu

tamente dedicadas a consultas de atención directa. Es importante indicar, que la enfermera desarrolla acciones adicionales a la consulta como lo son: visitas domiciliarias, vacunación, orientación y otras inherentes al cargo, para las cuales se les computan las restantes horas de su labor diaria. Este análisis del rol básico que desempeña la enfermera de acuerdo a su distribución horaria, nos lleva a concluir, que dicho recurso humano, está sub-utilizado en esta región, en este nivel de atención, por lo que se hace necesario un análisis que permita proponer una distribución de funciones y la ampliación del rol que desempeña actualmente.

- B.5 El estudio permite inferir de manera concluyente, que tanto las enfermeras como otros técnicos del equipo de salud, necesitan capacitación con enfoque epidemiológico, lo cual les permitirá una visual más amplia de la problemática de salud planteada en su área de responsabilidad y les otorgará una mayor independencia, iniciativa, eficiencia y eficacia, tanto gerencial y administrativa,

como técnica, al momento de diseñar planes y programas de salud a ejecutar en la comunidad a la cual sirve.

B.6 El desarrollo de este trabajo permite reafirmar, que la planificación de la oferta de servicios de salud, ha de elaborarse según orden de prioridad, por los problemas de salud y los factores de riesgos que afectan a la población; de allí que para hacer frente a esos problemas en los distintos escalones de complejidad del Sistema de Salud, se hace necesario definir y redefinir funciones y responsaiblidades entre los miembros del equipo multidisciplinario de salud, e igualmente entre los grupos de agentes de la comunidad, quienes tienen una gran participación en los procesos de cambio, relacionados con el estilo de vida y nivel de salud de la población.

B.7 El desarrollo de este estudio ha permitido reconocer, que las enfermeras en esta región, han dado al desempeño de sus funciones, un carácter estático y tradicional, por lo que nos atrevemos a señalar, que al igual que en otras latitudes, las enfermeras sacrifican sus necesidades, preo-

cupaciones y talento, para privilegiar los de otros profesionales, cuando persisten en asumir papeles secundarios, contribuyendo a perpetuar sistemas sociales, económicos y políticos injustos que retrasan el desarrollo de la profesión de enfermería.

La intervención de la enfermera, frente a la demanda insatisfecha por los servicios de atención de salud, se ve limitada generalmente, a la realización de acciones de orientación y filtro, en donde se canaliza al individuo de acuerdo a la severidad del problema que lo llevó a demandar la atención, o se le devuelve a su casa hasta el día siguiente en que debe volver a buscar cupo. Consideramos que la enfermera está en capacidad de ofrecer una atención más compleja, buscando resolver la necesidad del demandante.

- B.8 Actualmente, la profesión enfrenta un dilema frente a la actual crisis socio-económica y política que vive el país, debido a que quienes liderizan la profesión, por una parte deben procurar la instrumentación de enfermeras para el desarrollo de

de funciones de atención propiamente dichas y por otra parte, han de fomentar el acceso de las enfermeras, hacia los niveles más altos de la toma de decisiones, en relación a la problemática de salud.

B.9 Los datos obtenidos a través del estudio sobre producción vs rendimiento del recurso humano enfermería, parecieran demostrar, que no son necesarias más unidades; sin embargo nos atrevemos a señalar, que se hace necesario el nombramiento de enfermeras en este nivel, debido a que las funciones a desarrollar en él, son múltiples y ameritan de una programación basada en objetivos-metas que sea posible cumplir sin interrupciones por necesidad de unidades en servicios. Además, los sistemas de registros, no revelan objetivamente, muchos aspectos de la labor que realiza la enfermera actualmente.

B.10 Finalmente, este estudio de investigación, permitió lograr los siguientes objetivos propuestos al inicio del trabajo:

- a) Determinar la existencia de demanda rechazada o insatisfecha en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud.
- b) Identificar que existen diferentes tipos de demanda insatisfecha, como lo es la demanda por servicios de atención médica, de enfermería, de laboratorio, de farmacia y otras.
- c) Identificar el rol que desempeña la enfermera de Salud Pública en el Primer Nivel de Atención, frente a la demanda de atención rechazada o insatisfecha.
- d) Proponer algunas alternativas de cambio, que viabilicen un mejoramiento en el desempeño de las funciones asignadas a enfermería.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Basándonos en el compromiso de Salud Para Todos en el Año 2000, en la estrategia de Atención Primaria en Salud y en las recomendaciones sugeridas por la Organización Mundial de la Salud a Enfermería durante la reunión realizada en Noviembre de 1981, (Ver Anexo # 1), enumeramos a continuación, algunas recomendaciones que esperamos contribuyan a viabilizar nuevas estrategias y acciones, para mejorar la oferta de Servicios de Salud y en particular la de Enfermería, en la Región Metropolitana de Salud.

1.- Realizar estudio de factibilidad, sobre la reorganización funcional y administrativa de la oferta de servicios en el Primer Nivel de Atención de esta región, considerando que ésta es una condición necesaria para asegurar la máxima accesibilidad de la población a los servicios, ya que no es posible alcanzar los objetivos de cobertura, sólo mediante el incremento del número de unidades productoras organizadas y dotadas para atender necesidades de complejidad mínima. Este estudio ha de considerar:

- a) Redistribución del recurso humano sub-utilizado.

b) Adecuación de horarios de atención según necesidades de la demanda.

c) Jerarquización de problemas y funciones a desarrollar por cada uno de los funcionarios del equipo de salud.

2.- Estimular la investigación y creatividad de los diferentes miembros del equipo de salud, a través del proceso de participación capacitante dentro de la estructura de salud a nivel **comunitario**. La comunidad se constituye en un amplio campo de investigación, en donde todos los funcionarios en un área de responsabilidad determinada, están en capacidad de contribuir con el estudio de un problema seleccionado de acuerdo a prioridades.

3.- Promover el desarrollo del monitoreo y evaluación de impacto de servicios, recursos humanos, tecnologías apropiadas, y otros, con la finalidad de que los resultados obtenidos contribuyan a la planificación de acciones de salud, toda vez que ésta permite comparar:

a.- Lo planeado vs lo efectuado

- b.- Objetivos vs resultados
 - c.- Presupuesto planificado vs Costos reales
 - d.- Operatividad de lo programado
 - e.- Los aspectos débiles y fuertes
 - f.- Las necesidades y vacíos
 - g.- El nivel de logro de los objetivos
 - h.- Calidad de los resultados
 - i.- Cambios en la comunidad
 - j.- Problemas vs servicios ofrecidos
 - k.- Cobertura real.
- 4.- Incrementar la supervisión, considerándola un instrumento de cambio y capacitación y como un elemento de control del sistema, cuyo fin principal es asegurar el cumplimiento de las acciones planificadas, preveer las posibles variaciones y proporcionar elementos de juicio para su análisis general y la toma de decisiones, ya que permite evaluar:
- a) Desarrollo de funciones, actividades y tareas en cantidad, estructura, tiempo y rendimiento programado.

- b) Cumplimiento y desarrollo de normas técnicas y procedimientos administrativos.
- c) Resultados de las actividades programadas en el nivel local, en función de objetivos y metas claramente definidas.
- d) Desempeño de los diferentes agentes o miembros del equipo que forman parte del Sistema de Salud.

5.- Conformar una Comisión o Equipo de Docencia e Investigación, que se ocupe de monitorear y evaluar las necesidades en materia de investigación y capacitación, ya que es importante al programar acciones educativas e investigativas, considerar:

- a) Que la formación debe efectuarse lo más cerca posible a los lugares donde el personal ha de trabajar.
- b) Las tecnologías del adiestramiento y capacitación que se utilicen, deben estar ajusta-

das a las condiciones locales, a los recursos disponibles y a las metas establecidas.

- c) El material de enseñanza, debe ser elaborado de acuerdo a las características de la población que se va a servir, a las personas que recibirán el adiestramiento y a las funciones que deban desempeñar. En la preparación del material debe participar el que aprende.
- d) La función de formación de personal, debe ser integrada a los servicios de atención de salud, a fin de que los recursos docentes, se junten con los servicios, para ofrecer una enseñanza dinámica y apropiada. Por otra parte, convendría que el personal docente, es tuviese integrado por funcionarios que participen en las actividades de atención de salud
- e) El proceso educativo, debe conducir a la adecuación del recurso humano, a las estrategias de atención primaria y a la participación de la comunidad.
- f) El proceso educativo, además de reconocer

la existencia de los recursos del sistema formal tradicional comunitario, debe difundir conocimientos entre estudiantes y otros grupos informales existentes en la comunidad sobre tecnologías apropiadas para el Primer Nivel de Atención, utilizando como agentes multiplicadores de acciones de salud, a los propios miembros de la comunidad.

- g) La capacitación debe proveerse a través de una enseñanza flexible, que fomente el desarrollo de una conciencia crítica y creadora y que facilite la asignación de nuevas funciones, de acuerdo con la realidad cambiante.
- h) La formación a nivel local, debe considerar que la comunidad es el sujeto y objeto del aprendizaje, por lo que los programas y objetivos del aprendizaje, y los programas y objetivos docentes, deben resultar de la evaluación permanente de las necesidades reales e inmediatas de salud de la comunidad, en la que participen el mayor número de personas de los programas de salud y de la propia comunidad.

- i) El proceso educativo debe ser continuo y responder a las necesidades cuantitativas y cualitativas, además, ha de utilizar métodos de autoformación y evaluación por desempeño e impacto, que permitirán la actualización del personal en servicio y la reasignación de funciones, para responder a las necesidades en orden de prioridad.

6.- La descentralización de muchas de las actividades realizadas dentro del establecimiento de salud, utilizando dentro del seno de la misma comunidad, locales cedidos por ella, o pertenecientes a otros sectores, con la finalidad de mejorar el grado de accesibilidad de la población a los servicios y extender cobertura, haciendo partícipes a diferentes grupos en la comunidad, de las actividades que se desarrollen. Ejemplos actividades educativas, capacitación de casos y controles, etc.

Las recomendaciones hasta aquí enunciadas en términos generales, también involucran al Servicio de Enfermería, pero a continuación enumeramos recomendaciones específicas a Enfermería:

- 1.- Distribuir entre las enfermeras de los diferentes niveles de atención, el Perfil Básico de la Enfermera en Panamá, elaborado por el Departamento de Enfermería en 1984, el cual presenta las funciones de competencia profesional de la enfermera, en los diferentes niveles de atención de salud y en las áreas que ha de tener en cuenta para el desempeño de las mismas.
- 2.- Planificar seminarios-taller, con el objetivo de conocer las dificultades, limitantes que tienen las enfermeras para el desempeño de su amplia gama de funciones y cuáles serían las propuestas para mejorar y viabilizar la ampliación y desarrollo del rol, en el nivel de atención donde lalaboran.
- 3.- Reorganizar el Servicio de Enfermería en el Primer Nivel de Atención, con el propósito de ampliar las funciones que le corresponden, según se describen en el Perfil Básico de la Enfermera en Panamá.
- 4.- Con el propósito de minimizar la demanda rechazada en los Centros de Salud de la Región Metropo-

litana, la enfermera en el Primer Nivel de Atención, en su condición de primer contacto, está capacitada para apreciar el estado de salud del paciente solicitante de atención y que no logra cupo, a fin de decidir si requiere intervención médica, de enfermería, o de otra naturaleza, por lo que se hace necesario establecer un sistema de referencia, que permita canalizar para evaluación, al paciente que solicita un servicio en donde se agotaron los cupos.

- 5.- Las enfermeras en Atención Primaria, de acuerdo a su preparación y la descripción de funciones, deben defender y ejercer un juicio más independiente de lo que hasta el presente se les ha permitido, ya que la especialista está en condiciones de iniciar el tratamiento de pacientes con problemas de salud corrientes, que entran en el ámbito de su competencia, o de disponer la referencia de los pacientes hacia el profesional al nivel de complejidad apropiado, dado que la preparación post-básica, contribuye a legitimar su derecho a asumir muchas de las responsabilidades de las que ya se encargaba, sobre todo en comuni

dades rurales y aisladas, donde se esperan que las enfermeras presten todos los servicios de salud, inclusive los servicios médicos, cuando no hay perspectivas de contar con ellos.

- 6.- Elaborar Manual de Actividades Educativas, relacionados con todos los aspectos de orientación y educación en atención primaria, para que sirva de referencia al equipo multidisciplinario y a miembros de la comunidad, escogidos como agentes multiplicadores de las acciones de salud, dentro del sector donde residen.
- 7.- Durante la supervisión diaria en cada establecimiento local, aplicar de acuerdo a necesidades observadas, cuestionarios cortos sobre manejo de conocimientos y técnicas de procedimientos que se desarrollan diariamente, con la finalidad de poder ofrecer capacitación continua al personal subalterno y mejorar la calidad de atención.
- 8.- Realizar auditoría de expedientes, archivos de vacunación y otros, con la finalidad de observar manejo de normas y detectar problemas de diversa índole, los cuales permiten capacitación acorde

con las necesidades prevalentes.

9.- Realizar investigaciones, involucrando a diversos miembros del equipo multidisciplinario, sobre temas de interés tales como:

a) Problemas de salud de la población: dirigidos a prioridades y búsqueda de soluciones, con un enfoque que integre aportes de las diferentes disciplinas. Son importantes, los estudios sobre epidemiología de las enfermedades prevalentes en el área de responsabilidad, control de enfermedades prevenibles y el análisis de las consecuencias de la crisis económica y política, sobre la salud de la población, también son necesarios los estudios relacionados con la salud mental y la salud ocupacional.

b) Enfermería y desarrollo socio-económico: valdría la pena en esta área, orientar estudios hacia el análisis del contexto social, como base para el mejoramiento de las condiciones de salud y del ejercicio profesional.

Otros aspectos importantes de este campo, lo constituye la evolución histórica de la investigación en Enfermería y de las políticas de salud y su impacto en Enfermería.

- c) Prestación de Servicios: este es un amplio campo de investigación, en donde la enfermera puede influir en forma decisiva, a través de estudios de investigación sobre: el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, para que la población alcance un mayor bienestar; estudios sobre participación de la enfermera en los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud; investigaciones sobre condiciones de prestación de servicios en función de las necesidades de la población, considerando indicadores de eficacia, eficiencia y equidad. Otros estudios pueden dirigirse a las condiciones de trabajo del personal de salud, a la participación comunitaria y a la evaluación de tecnología utilizadas en enfermería; así como también, aquellos destinados a la organización de los servicios de salud y de enfermería, en relación a la accesibilidad y aceptación de los

misimos por la población.

- d) Desarrollo de Recursos Humanos: este es un campo que ofrece la oportunidad de realizar investigaciones orientadas hacia el análisis de los diferentes aspectos del desarrollo de los recursos: planificación, formación, utilización y adecuación de los mismos a las demandas reales de la población y de los servicos de salud. Igualmente, debe dirigirse a las necesidades de nuevos modelos de prestación de servicios y a la preparación de la enfermeras acorde con ellas, con funciones ampliadas y formación investigativa. Otro campo importante y virgen para la investigación en nuestro país, es el que se refiere a:

- e) La Mujer y la Salud: éste debe contribuir a determinar la labor fundamental que desempeña la mujer en la prestación de servicios de salud; debe orientar estudios sobre epidemiología de las enfermedades prevalentes en la mujer; evaluación de programas de salud para la población femenina; condiciones de

trabajo de la mujer y su repercusión en la salud y la mujer en la promoción de la salud de la familia, la comunidad y el país.

Hemos sugerido algunos campos de investigación, que permitirán a la enfermera influir en forma decisiva y dinámica, en los cambios que en salud se den; pero hay investigaciones prioritarias tanto para nuestro país , como para América Latina, tales como: los que se refieren a la práctica social de enfermería, incluyendo la situación actual de la misma, condiciones y mercado de trabajo; tendencias y perspectivas en relación con las políticas de ex tensión de cobertura de Atención Primaria y el impacto de la atención de Enfermería en la salud de la población.

Es prioritario que Enfermería realice un análisis crítico de la situación actual y de los factores socio-económicos y políticos que condicionan el ejercicio de la profesión, tanto en la toma de decisiones como en la elaboración de planes de atención de Enfermería, coherentes con las necesidades de salud de la población y con la realidad sociopolítica y

económica del país.

- 10.- Con la finalidad de que estas investigaciones puedan emprenderse, es necesario que las enfermeras elaboren estrategias y protocolos de investigación con el fin de obtener recursos económicos de países interesados en financiar proyectos de investigación en Enfermería.
- 11.- Promover la formación de un grupo interesado en investigación, incluyendo a las docentes de la Facultad de Enfermería, que rotan por los Centros de Salud con estudiantes de Enfermería en su práctica de Salud Comunitaria.
- 12.- Estimular la participación de Enfermería, en cada establecimiento de salud, sobre elaboración de artículos preparados por enfermeras, para ser publicadas en boletines o revistas.
- 13.- Re-evaluar el formulario utilizado para registrar las actividades diarias realizadas por el personal de Enfermería, ya que éste es muy subjetivo y no permite cuantificar en forma real, la labor amplia que realiza la enfermera.

- 14.- Establecer un Sistema de Registro de otras actividades de Enfermería, adicionales a la consulta, asignándoles código a éstas y número de horas dedicadas a las mismas, con la finalidad de que se cuantifiquen; contribuyendo así, a disminuir el sesgo existente al analizar parámetros de medidas tales como: producción versus rendimiento.
- 15.- Investigar las formas de mantener vivo el entusiasmo e interés de los trabajadores y líderes comunitarios en actividades de participación en la atención de salud.
- 16.- Fortalecer la coordinación funcional entre los establecimientos de salud de la Caja de Seguro Social (policlínicas) y los del Ministerio de Salud (Centros de Salud), en los diferentes sectores, desde el momento de la planificación o programación local, con la finalidad de no duplicar esfuerzos y garantizar una mayor cobertura por los servicios de salud.
- 17.- Promover capacitación o adiestramiento del personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud, sobre motivación, organización y desarrollo

de la comunidad, ya que el desconocimiento de estos aspectos, no permite participar activamente en labores funcionales con la comunidad.

- 18.- Procurar la adquisición o elaboración de material didáctico (audiovisual apropiado para impartir educación).
- 19.- Realizar una especie de censo en el área de responsabilidad de cada centro de salud, con la finalidad de conocer los recursos humanos existentes en la misma, grupos organizados, líderes y otros, con los cuales se puede elaborar una especie de fichero que permita localizarlos y reunirlos para involucrarlos en las actividades de salud.
- 20.- Estimular, motivar y crear incentivos en el personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud, con la finalidad de que desempeñen sus roles de salud comunitaria con mayor creatividad y entusiasmo. Ejemplo: establecer sistema de competencia entre los diferentes establecimientos o centros de salud, otorgando premios, pergaminos de honor al mérito, u otros incentivos semestral o anualmente.

- 21.- Dividir a todo el personal que labora en el centro de salud en grupos, con sectores de responsabilidad dentro del área de afluencia al centro, estimulando así, entre el mismo equipo, la competencia por ver qué sector alcanza mejores coberturas, o desarrollo de mayores actividades, etc.
- 22.- Finalmente, recomendamos al Servicio de Enfermería en los diferentes establecimientos del nivel local, realizar un análisis retrospectivo del rol desempeñado hasta este momento por la enfermera en acciones de salud comunitaria y compararlo con los que se espera que desarrolle como: educadora, administradora de servicios, coordinadora y facilitadora, supervisora, investigadora y como agente prestador de servicios de atención primaria en: el Centro de Salud, en el hogar, en los centros educativos, en las empresas, etc. (Ver Anexo # 2).
- 23.- A las autoridades de salud, con niveles jerárquicos decisorios, analizar la problemática de desempleo en Enfermería, buscando estrategias a corto y media no plazo, que minimicen la fuga de profesionales capacitados, como lo es este recurso, dado que el

país los necesita, tanto a nivel urbano como rural en los tres niveles de atención del Sistema de Salud.

- 24.- Nombrar enfermeras por lo menos a medio tiempo en el Primer Nivel de Atención en la Región Metropolitana y en otras regiones, con la finalidad de que éstas apoyen las actividades intramuro o de consulta, para que las de mayor experiencia en atención primaria, puedan planificar y desarrollar actividades menos rutinarias, tales como: las de investigación y docencia dentro del área de influencia al establecimiento de salud, lo cual permitiría ejecutar programas basados en las prioridades encontradas a través de los estudios. Además, la enfermera tendría mayores oportunidades de participar en actividades comunitarias extra-muros, lo que le otorga mejores posibilidades para influir en el cambio de conducta y estilo de vida de la comunidad a la cual sirve.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARCHER, Sara Ellen y Fleshman Ruth. **Enfermería en Salud Comunitaria**. Noviembre de 1985. pág. 77-92.
- 2.- CASTELLANO, Robajo Jorge, "Investigación en los Programas de Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud". Boletín OPS/OMS, No. 89, No. 2, p. 95-102, 1980.
- 3.- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DE PANAMA. Dirección General de Estadística y Censo. **Estadísticas Panameñas: Situación Social. Servicios de Salud**". Sección 431, Asistencia Social, Panamá, 1986 y 1988
- 4.- DECRETO DE GABINETE No. 1 del 15 de Enero de 1969.
- 5.- DECRETO DE GABINETE del 27 de Enero de 1969.
- 6.- DELGADO, Vielka de: **Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino en Panamá**. Tesis de Grado, Escuela de Salud Pública, Universidad de Panamá, 1989.
- 7.- ESQUIVEL, José Renán. "El Programa de Salud de Panamá", Panamá, septiembre, 1989, -
- 8.- FACULTAD DE ENFERMERIA. **Diseño del Curso de Enfermería 302, Salud de la Comunidad, II**. Plan de Estudio, 1981. Universidad de Panamá.
- 9.- FALK, Isadore S. "La Salud en Panamá: un Estudio y un Programa". enero 1957, p. 143-162.
- 10.- GARCIA DE PAREDES, Gaspar. "Una Evaluación de nuestros Servicios de Salud Pública". Panamá, Febrero de 1985, p. 3, 1-9.
- 11.- MINISTERIO DE SALUD. "Sistema de Enfermería y Perfil Ocupacional de la Enfermera en Panamá". Departamento de Enfermería. Panamá, 1984.
- 12.- MC DOWEL, Hedlen M. "Programa de Enfermeras con funciones ampliadas para la Atención Primaria de Salud en el Caribe Oriental". Boletín, OPS/OMS, tomo 96, Vol. No. 5, p. 425-436, 1984.

- 13.-MINISTERIO DE SALUD. **Manual de Organización y Funcionamiento del Ministerio de Salud** Panamá, noviembre de 1987 p. 9-12.
- 14.- MINISTERIO DE PLANIFICACION Y POLITICA ECONOMICA. **"Manual de Clasificaciones Presupuestarias del Gasto Público"**. Panamá, 1980.
- 15.- MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA. Departamento Nacional de Salud Pública. **"Plan Nacional de Salud Pública"**, 1962-1970.
- 16.- MINISTERIO DE SALUD. **"La Salud en Panamá"**, Políticas, Estrategias, Objetivos y Lineamientos generales para el período 1985-1989, p. 1 y 2.
- 17.- MONTECER, Epifanio. **"La Sectorización Comunitaria: Una Alternativa para la participación de la Comunidad en los Programas de Salud"**, Panamá, p. 1-5.
- 18.- OPS/OMS, **"Salud Para Todos en el Año 2000"** Estrategias parte I, p. 106 Parte II, p. 152.
- 19.- OPS/OMS, **"Ampliación de las Funciones de la Enfermería en Canadá"**, año 55, Vol. LXXX, Fe. 1976, p. 160-165.
- 20.- OPS/OMS, **"Estrategias de Cobertura de los Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comundiad"**, washington, D.C., Año 56, Vol. LXXXIII, No. 6 diciembre 1977, p. 477-583.
- 21.- OPS/OMS, **"Las Condiciones de Salud en las Américas, Sistema de Salud de Panamá"**, Vol. II, años: 1981-1984, p. 203-210.
- 22.- OPS/OMS, **"Las Enfermeras, la Enfermería y la Condición Femenina"**, Vol. 40, No. 6, p. 239-245.
- 23.-OPS/OMS, **"El Papel de la Enfermera en la Atención Primaria de Salud"**, Publicación Científica No. 348, 1977, p. 1-16.
- 24.- OPS/OMS, **"Investigación en Enfermería"**, No. 99 Vol 5, noviembre 1985 p. 539-542.
- 25.- OPS/OMS, **"Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria"**, Publicación Científica No. 332, 1976, p. 1-17.

- 26.- OPS/OMS, **La Toma de Posición de Enfermería como una Respuesta a la Problemática de Atención de Salud en América Latina.** pág. 1-36, 1978.
- 27.- OPS/OMS. **"Estándares para la Atención de Enfermería en Salud Comunitaria".** Resumen del Informe Final, San José, Costa Rica 1974.
- 28.- REGION METROPOLITANA DE SALUD. **"Manual Operativo".** Dirección de Estadística, 1988.
- 29.- RIVAS, Martínez, Zoraida y otros. **"Enfermería en Apoyo de los Objetivos de Salud para Todos en el Año 2000 en la Provincia de Cienfuegos".** Ministerio de Salud, Provincia de Cienfuegos, Cuba, 1984, p. 1-2-6.
- 30.- RODRIGUEZ, Jorge Gregorio. **"Diseños de Investigación",** Manizales, Colombia, 1982. p. 1-19 (mimeográfico).
- 31.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. **"Cuadernos Técnicos de Planeación",** Vol. 1, No. 2, México, D.F. Abril 1984, p. 114 y 118.
- 32.- UNIVERSIDAD DE PANAMA, Escuela de Salud Pública, Seminario - Taller, **La Demanda de Servicios de Salud",** noviembre de 1989.
- 33.- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Diccionario de la Lengua Española",** Décima novena Edición, Madrid, 1970.

ANEXOS

ANEXO # 1

RECOMENDACIONES HECHAS A ENFERMERIA, EN LA REUNION DE LA O.M.S REALIZADA EN NOVIEMBRE DE 1981

Al plantear las recomendaciones en el presente trabajo, es importante recordar que hemos elaborado éste, teniendo presente, la concepción de Atención Primaria que surgió de la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en la U.R.S.S. en 1978, en donde se hizo un llamamiento a los gobiernos y a la sociedad para que se esforzaran en garantizar la Atención Primaria de Salud a todos los ciudadanos de todos los países del mundo.

Así mismo, durante la 34a. Asamblea Mundial de la Salud efectuada en Mayo de 1981, se aprobó la estrategia mundial de "Salud para todos en el año 2000", invitando a los países miembros, a asociarse por su propia iniciativa a este compromiso. Igualmente, en Noviembre de 1981, se efectuó reunión en la Organización Mundial para la Salud, reconociendo que la profesión de Enfermería por su importancia, puede aportar una contribución significativa a la Salud para todos en el año 2000, de allí que las enfermeras deben estar preparadas para participar activamente en la delimitación del papel que pueden desempeñar en su país, por lo que se recomendó enton-

ces:

- Una mejor comprensión del enfoque comunitario en la atención primaria de salud.
- Una declaración de principios en la que se definen el papel y las funciones de la enfermera en la Atención Primaria de Salud y la contribución que Enfermería puede aportar. Esta declaración deberá servir de guía para la educación en los Servicios de Enfermería.
- Una mayor participación de las enfermeras en la adopción de políticas y planificación de programas y el desarrollo y asignación de recursos para la Atención Primaria de Salud.
- La re-orientación de la educación y el ejercicio de la Enfermería en función de los conceptos contenidos en la declaración de Alma-Ata y la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- Analizar y discutir con el gremio de Enfermería, el rol ampliado de ésta en la sociedad, en la búsqueda continua de alternativas que conlleven a satisfacer las crecien-

tes demandas de Atención de Salud e inherentes a la aplicación de los Principios de Atención Primaria.

- El desarrollo de aptitudes y destrezas en las Enfermeras en cuanto a formación, gestión y trabajo en equipo interdisciplinario, como agente de Atención Primaria de Salud y con personas que ejercen la medicina tradicional y la no tradicional.
- Una mayor colaboración con otras disciplinas dentro del Sistema de Atención de Salud, como fuera del mismo.

ANEXO # 2

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ENFERMERIA Y LA ATENCION PRIMARIA

La Estructura del Servicio de Atención de Salud de Enfermería, se constituye en la profesión más numerosa dentro del Sistema de Salud, dado que las Enfermeras y auxiliares de Enfermería, rebasan numéricamente al personal de salud restante.

Esta razón aunada al hecho de que el personal de enfermería mantiene un contacto muy estrecho con individuos, familias y comunidades, hacen que la Enfermera, sea la que esté virtualmente en mejores condiciones de aportar en forma decisiva y entusiasta, su participación para el logro de la meta "Salud para Todos en el Año 2000". Sin embargo, para que esta meta social se haga realidad en las diferentes áreas de responsabilidad de los establecimientos de salud en esta región y en cualquier otra, es necesario que la Enfermera como agente de cambio, pueda realizarse plenamente, sustituyéndose el criterio de "Atención de Salud centrada en el médico", por el del "equipo de salud", cuyo rol en acciones comunitarias, extra-muros, es amplio, dinámico y participativo.

En el siglo anterior, hace 130 años, la enfermera era una servidora capacitada que realizaba su trabajo, obedeciendo estrictamente las órdenes del médico y no fue sino después de inicios del siglo XX, que la profesión de Enfermería se fue estructurando y capacitando en conocimientos tanto técnicos como científicos otorgándole a esta profesión una amplia capacidad que la ha llevado a reconocer que ha pasado el período de tutela y está en condiciones de asumir cargos de responsabilidad, dirigiéndose así mismas y reconociendo que tanto en el plano profesional como en el personal, sólo puede alcanzar un punto máximo de perfección en su desempeño diario, en condiciones de autorresponsabilidad.

Consideramos que el concepto de Atención Primaria de Salud, por la importancia que concede al trabajo de equipo y la necesidad de relacionar al personal más capacitado disponible con la atención esencial, brinda a las enfermeras la ocasión de demostrar lo que en esencia representan, ya que no es cierto que quien dice enfermera, "dice cuidadora", debido a que esta función de cuidar solamente, ha sido "revitalizada" por la meta salud para todos, que permite a las enfermeras a través de la Atención de Salud, contribuir de manera más eficaz, al mejoramiento de la salud, de las personas, familias y comunidades.

Las enfermeras en el Primer Nivel de Atención, tienen la responsabilidad de cerciorarse de que la atención primaria ocupa el lugar que le corresponde en el sector salud y de que ellas mismas por sus aptitudes, sus capacidades y sus conocimientos, están debidamente preparadas para desempeñar las amplias e importantes funciones asignadas.

ANEXO # 3
UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

cuesta dirigida al personal encargado de distribuir los cupos de atención
s 23 Centros de Salud de la Región Metropolitana de Salud.

I N T R O D U C C I O N

ta encuesta es parte del estudio para optar por el título de Maestría en Sa
l Pública, la misma está dirigida a ustedes, porque considero que son profi
nales con conocimientos y experiencias valiosas en la prestación de servic
la salud a la Comunidad.

a el logro de los objetivos de la investigación, es fundamental la veracida
la información plasmada.

idezco la colaboración que puedan brindarme, al contestar este formulario,
l es confidencial y archivo.

I N S T R U C C I O N E S

- 1.- Llene los espacios en blanco.
- 2.- Ponga un gancho en el casillero correspondiente.

A. DATOS GENERALES:

- Fecha: _____ Edad: _____
- Centro de Salud en que labora: _____
- Años de servicio profesional:
1 a 5 años ☐ 5 a 10 años ☐ 10 a 15 años ☐ 15 años y más ☐
- Tiempo de servicio en este Centro de Salud:
Menos de 1 año ☐ 1 a 5 años ☐ 5 a 10 años ☐ más de 10 años ☐
- Años de Servicio en la Región Metropolitana:
Menos de 1 año ☐ 1 a 5 años ☐ 5 a 10 años ☐ más de 10 años ☐
- Puesto que desempeña: _____
- Programa de Salud a su cargo: _____
- Tiempo en el desempeño de esta función:
Menos de 1 año ☐ a 3 años ☐ 3 a 6 años ☐ más de años ☐

B. DATOS SOBRE FUNCIONALIDAD DEL SERVICIO

Horario de atención en este Centro:

7 a 9 ☐ 7 a 5 ☐ 7 a 9 ☐ 7 a 11 ☐ Otros ☐ Especifique _____
De qué hora a qué hora se distribuyen los cupos para atención en este Cer
6 a 7 ☐ 6:30 a 7:30 ☐ 6:30 a 8 ☐ Otro ☐ Especifique: _____
Diga los días en que se desarrollan los Servicios de Salud y en qué hora

IVICIO DE SALUD

INA GENERAL

Nº DE DIAS SEMANALES

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

HORARIO DE ATENCION

de: _____ hasta: _____

TRIA

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

O-OBSTETRICIA

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

ATRIA

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

LOGIA

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

LOGIA

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ Hasta: _____

VICIO DE SALUD

ACION

Nº DE DIAS SEMANALES

5 días a la semana ☐4 días a la semana ☐3 días a la semana ☐2 días a la semana ☐1 día a la semana ☐Otros ☐Especifique: ☐

HORARIO DE ATENCION

de: ☐ hasta: ☐

ULACION PRECOZ

5 días a la semana ☐4 días a la semana ☐3 días a la semana ☐2 días a la semana ☐1 día a la semana ☐Otros ☐Especifique: ☐de: ☐ hasta: ☐

OGIA

5 días a la semana ☐4 días a la semana ☐3 días a la semana ☐2 días a la semana ☐1 día a la semana ☐Otros ☐Especifique: ☐de: ☐ hasta ☐.TA DE ENFER-
PEDIATRICA5 días a la semana ☐4 días a la semana ☐3 días a la semana ☐2 días a la semana ☐1 día a la semana ☐Otros ☐Especifique: ☐de: ☐ hasta: ☐.TA DE ENFER-
DE ADULTOS5 días a la semana ☐4 días a la semana ☐3 días a la semana ☐2 días a la semana ☐1 día a la semana ☐Otros ☐Especifique: ☐de: ☐ hasta: ☐A DE ENFER-
N SALUD MENTAL.5 días a la semana ☐4 días a la semana ☐3 días a la semana ☐2 días a la semana ☐1 día a la semana ☐Otros ☐Especifique: ☐de: ☐ hasta: ☐

SERVICIO DE SALUD

Nº DE DÍAS SEMANALES

HORARIO DE ATENCION

CLINICA DE ENFERMERIA
OBSTETRICA

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

DE PAP

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

JD SOCIAL

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

MIENTO AMBIENTAL

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

ACION

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

ATORIO

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

SERVICIO DE SALUD

Nº DE DÍAS SEMANALES

HORARIO DE ATENCIÓN

ACIA

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

CIÓN

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

CIÓN DE URGEN-

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

AS DOMICILI-
 AS.

5 días a la semana ☐
 4 días a la semana ☐
 3 días a la semana ☐
 2 días a la semana ☐
 1 día a la semana ☐
 Otros ☐
 Especifique: _____

de: _____ hasta: _____

¿ quedan sin atender pacientes en los diferentes servicios de Salud del Centro?
 No: ☐ Sí: ☐

Nunca ☐

Con frecuencia ☐

Cuántos pacientes cree que dejan de atenderse diariamente?: _____

Qué cantidad de pacientes cree usted que se atienden diariamente en este Centro? _____

En qué servicios es más frecuente que el paciente se quede sin atender por falta de cupo? (Enumere en orden de frecuencia de 1 a 8)

Medicina General ☐

Pediatría ☐

Gineco - Obstetricia ☐

Psiquiatría ☐

Odontología ☐ Laboratorio ☐
 Consulta de Enfermería ☐ Psicología ☐
 Otros ☐ Especifique ☐

- Enumere 3 razones por las que cree se quedan sin atender los pacientes.

- ¿ Qué se hace con los pacientes que solicitan atención si se han agotado cupos ?

Se les dice que se agotaron ☐
 Se les dice que vuelva al otro día ☐
 se les pregunta la razón por la que solicitan cupos. ☐
 Se refieren a Enfermería. ☐
 Se pasan a filtro. ☐
 Se refieren a otra Institución. ☐

- ¿ Suelen los médicos pedir que sólo se les de un número de cupo determinado ?
 Si ☐ No ☐

- ¿ Qué promedio de tiempo cree que demora un paciente en ser atendido después que saca el cupo ?

15 a 30 minutos ☐ 45 minutos a 1 hora ☐
 1 a 2 horas ☐ más de 2 horas ☐

- ¿ Qué promedio de tiempo pasa el paciente en el consultorio con el médico atendiéndose ?

menos de 10, minutos ☐ 10 a 15 minutos ☐ más de 15 minutos ☐

- ¿ Qué promedio de tiempo pasa el médico en el Centro de Salud durante el día ?
 Menos de 2 horas ☐ 2 a 4 horas ☐ 4 a 6 horas ☐ 6 a 8 horas ☐

- ¿ Cuántos pacientes se devolvieron hoy en la ventanilla sin cupo ?

1 a 3 ☐ 3 a 6 ☐ 6 a 9 ☐ más de 9 ☐

- ¿ Hace alguien la función de filtro? (se entiende por filtro, la dirección que sigue el paciente para ser atendido)

Si ☐ No ☐ ¿ Quién ? _____

- ¿ Qué exámenes de laboratorio se hacen en este Centro ?

Si el paciente solicita un examen que no se hace en el Centro :

Se le refiere a otra institución

Se le dice que el examen no se hace en este Centro

Tiene el laboratorio un horario específico de recibo y toma de muestras :

Si ☐ No ☐ ¿ Cual ? de: _____ Hasta: _____

- ¿ Cuenta la Farmacia del Centro con los medicamentos que trae el paciente la receta generalmente ?

De 100% - 80% hay ☐ 80% a 60% hay ☐ - 50% ☐ no sé ☐
 No lo puedo estimar ☐

¿ Se registra en alguna parte el número de pacientes que se van sin ser atendidos ?

Si ☐

No ☐

¿ Cree que todos los pacientes a los que corresponde atenderse en este Centro acuden a él ?

☐ Si

☐ No ¿ Por qué no acuden ? _____

¿ Conoce usted la población que debe atenderse en este Centro ?

Si ☐

No ☐

¿ Cuáles son los servicios que demandan más atención en este Centro ?. Ordínelos de 1 a 11 de mayor a menor uso.

- ☐ Medicina General
- ☐ Gineco - Obstetricia
- ☐ Vacunación
- ☐ Manipuladores de Alimentos.
- ☐ Odontología
- ☐ Consulta de Enfermería
- ☐ Nutrición
- ☐ Trabajo Social
- ☐ Saneamiento Ambiental
- ☐ Otros

Especifique: _____

¿ Qué se hace con los pacientes de alguna especialidad, cuando no viene el funcionario que debe atender ?:

- Se les cambia la cita ☐
- Se les dice que no vino su médico ☐
- Lo atiende otro funcionario ☐
- Se le cancela la cita. ☐

¿ Qué acciones realiza la enfermera con el paciente que no consigue cupo para ser atendido en el Servicio que solicita ?

- ☐ Ninguna ☐ Lo evalúa ☐ Decide si se debe referir o no
- ☐ Da primeros auxilios ☐ Da tratamiento de enfermería
- ☐ Lo canaliza hacia algún servicio dentro del Centro

Enumere otras acciones : _____

Desde el punto de vista de organización de los servicios, ¿ qué hace la Enfermera para evitar que el paciente sea devuelto sin ser atendido en el Servicio que solicita ? Enumere 3 acciones.

Enumere 5 acciones que podría realizar la enfermera para evitar el rechazo de pacientes en los diferentes servicios de salud que ofrece el Centro :

- Considera usted que el paciente que acude a este Centro se siente satisfecho con la atención que recibe en los diferentes servicios:
Siempre ☐ Muchas veces ☐ Ocasionalmente ☐
- Ha hecho alguna encuesta para averiguar el grado de satisfacción de los clientes :
Si ☐ No ☐
- Ha hecho algunas investigaciones sobre la demanda de la comunidad a los servicios de salud de su área de influencia
Si ☐ No ☐
- Considera usted que la enfermera que labora a nivel comunitario en el primer nivel de atención está asumiendo el rol para el cual está preparada :
Si ☐ No ☐ ¿ Por qué ? _____
- Si la pregunta anterior es NO ; ¿ qué otras funciones podría asumir ?

GRACIAS
Por la colaboración
contestar el formula